

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELLE RITTER KWIATKOSKI

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS**

**CURITIBA
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELLE RITTER KWIATKOSKI

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Evani Marques Pereira.

**CURITIBA
2016**

Kwiatkoski, Danielle Ritter
Tradução e adaptação transcultural de um questionário de competências clínicas / Danielle Ritter
Kwiatkoski – Curitiba, 2016.
132 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani
Coorientadora: Professora Dra. Evani Marques Pereira
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Competência clínica. 2. Ensino. 3. Enfermagem. 4. Instrumentos de avaliação. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Pereira, Evani Marques. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **DANIELLE RITTER**, intitulada: **"TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS."**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

Curitiba, 28 de Abril de 2016.

Prof MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI (UFPR)
(Presidente da Banca Examinadora)

Prof AIDA MARIS PERES (UFPR)

Prof IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL (FPP)

Dedico este estudo à ***Heloísa Kwiatkoski***, minha filha amada, que foi a minha nobre companheira desde o início desta trajetória, comportando-se sempre muito bem, dentro e fora do ventre materno, permitindo que eu estudasse e viajasse até 36 semanas de gestação e depois do nascimento, por ter sido a razão para eu chegar até o fim. *A você minha filha todo o meu amor, carinho e dedicação!*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado, em todos os momentos da minha vida, iluminando meus caminhos e possibilitando-me condições para a realização de meus sonhos – em especial mais este, sem dúvida o mais difícil até hoje, mas que, certamente, representa o final de uma importante etapa e o início de uma nova caminhada.

Ao meu esposo, Paulo Roberto Kwiatkoski, que, com amor e paciência, mais uma vez esteve ao meu lado durante todos estes meses de grandes esforços e desafios, aceitando as minhas viagens (grávida), incentivando-me quando eu desanimava, apoiando e ajudando de todas as formas possíveis a um marido e, principalmente, sendo compreensivo quando, em tantos momentos, eu estive ausente. Ao término desta dissertação colhemos, juntos, os frutos do nosso empenho. Esta conquista é nossa, meu Amor!

À minha eterna madrinha Rosely da Cunha (in memoriam), por sempre se preocupar comigo e por me apoiar em momentos difíceis; pelo seu exemplo de mulher forte, guerreira e batalhadora, que soube cumprir sua missão durante a vida difícil que teve, mantendo sempre o sorriso, o amor e o carinho com todos os familiares, fazendo sempre mais do que podia por tantas pessoas. À senhora, minha madrinha e mãe, também todo o meu amor, respeito e consideração.

Às minhas irmãs Paula e Janaine, minhas amigas e fiéis ouvintes que, mesmo distantes, sempre estiveram comigo e me incentivaram imensamente. Amo vocês!

À Nilza, por ser uma pessoa de confiança e por cuidar sempre muito bem da nossa casa!

À minha cunhada Andréa, por ter estado comprometida com o cuidado da minha filha Heloísa durante as minhas ausências, aceitando, por vezes, longos períodos de trabalho em nossa casa, especialmente na época das viagens.

Às enfermeiras Vera Rita da Maia e Maria Dagmar da Rocha Gaspar, colegas de trabalho, pela oportunidade de convívio, ensinamentos e conselhos, e pelas ricas contribuições no início desta caminhada.

À minha amiga, enfermeira Prof.^a Carina Bortolato-Major – pessoa incrível, que sempre me tratou muito bem desde o início do curso, com um sorriso alegre e sincero. Por me acompanhar na qualificação e comemorar comigo, por se importar com a minha pessoa e com a minha pequena Heloísa em vários momentos da nossa convivência. Por todas as ricas contribuições nos artigos, nos resumos e no

projeto, desde as explicações metodológicas até a disponibilidade em ouvir meus desabaços e secar as minhas lágrimas quando, em tantos momentos, pensei em desistir.

À enfermeira Ângela Tais Mattei, minha colega de turma, também uma grande incentivadora para que eu chegasse até o fim; exemplo de competência, dedicação e dinamismo; por sua atenção e paciência em fazer-me entender questões relevantes para a realização do projeto. Esta dissertação não seria a mesma sem suas contribuições na época do CEP.

A todos os colegas da Pós-Graduação, pelo convívio, aprendizado e, claro, pelas caronas que sempre foram muito bem-vindas. Em especial às minhas colegas Juliana Bertolin, Claudia de Souza, Jessica Aline Rodrigues, Bruna Linhani, Andressa Queiroz, Juliana Czarnobay e Aline Zerwes.

À enfermeira Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani, minha orientadora, por ter proporcionado as condições para que eu pudesse chegar até o fim. Por sua objetividade, que jamais esquecerei, por seu reconhecimento sincero dos desafios superados e por ser uma pessoa dedicada e comprometida com a Enfermagem, com o Ensino e com a Pesquisa. À Senhora, todo o meu respeito e agradecimento.

À minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Evani Marques Pereira, que, mesmo à distância, contribuiu com sugestões, correções e normatizações nesta dissertação.

Aos desenvolvedores do instrumento original (matéria-prima deste estudo), Dr. Ching-Yu Cheng e Dr. Shwu-Ru Liou, por autorizarem a utilização do questionário neste estudo.

Às professoras Dr.^a Marilene Loewen Wall, Dr.^a Nen Nalú Alves das Mercês, Dr.^a Lillian Daisy Gonçalves Wolff e Dr.^a Luciana Schleder Gonçalves, pelos ensinamentos e contribuições nas aulas e pela disponibilidade sempre que solicitadas.

Às professoras Dr.^a Aida Maris Peres e Dr.^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz, que, na etapa da banca de qualificação, muito contribuíram para este formato final da dissertação.

Aos tradutores, retrotradutores, especialistas e estudantes participantes desta pesquisa, pela participação e atenção, bem como pelas ricas sugestões que tornaram possíveis o desfecho deste estudo e a concretização deste instrumento que, esperamos, será útil na avaliação do ensino de enfermagem.

Aos membros do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA), em especial às bolsistas de iniciação científica – Taísa, Jennyfer, Karin – pelas trocas de conhecimento por meio de artigos, e à Mireille, pelas ricas contribuições de designer nos esquemas e figuras.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo incentivo financeiro.

À Alcioni, do Programa de Pós-Graduação, pela educação e atendimento sempre que solicitada.

A você, Robson, da empresa de ônibus, profissional que fez e faz a diferença no seu ambiente de trabalho; ser humano que sabe respeitar as pessoas, sobretudo as que demandam atendimentos preferenciais, e faz além daquilo que se pode esperar. Obrigada pelo respeito com a minha condição à época de gestante, por me ajudar com a bagagem (tantas vezes pesada), por me tirar das longas filas em vésperas de feriados, principalmente quando a barriga já estava enorme, e por sempre contribuir, de alguma forma, para que eu retornasse o mais cedo possível para casa. As minhas viagens teriam sido muito mais longas e difíceis sem a sua atenção, simpatia e disponibilidade.

Às demais pessoas que de alguma forma contribuíram para que este estudo fosse realizado.

A TODOS, O MEU MUITO OBRIGADA!

Correr o Risco

Rir é correr o risco de parecer tolo.

Chorar é correr o risco de parecer sentimental.

Estender a mão é correr o risco de se envolver.

Expor seus sentimentos é correr o risco de mostrar seu verdadeiro eu.

Defender seus sonhos e ideias diante da multidão é correr o risco de perder as pessoas.

Amar é correr o risco de não ser correspondido.

Viver é correr o risco de morrer.

Confiar é correr o risco de se decepcionar.

Tentar é correr o risco de fracassar.

Mas os riscos devem ser corridos, porque o maior perigo é não arriscar nada.

Há pessoas que não correm nenhum risco, não fazem nada, não têm nada e não são nada.

Elas podem até evitar sofrimentos e desilusões, mas elas não conseguem nada, não sentem nada, não mudam, não crescem, não amam, não vivem.

Acorrentadas por suas atitudes, elas viram escravas, privam-se de sua liberdade.

Somente a pessoa que corre riscos é livre!

(Autor desconhecido)

RESUMO

A avaliação da competência clínica de estudantes de enfermagem envolve a integração de conhecimento, habilidades e atitude profissional. Para avaliar essa competência, professores e supervisores de campo necessitam de uma ferramenta capaz de mensurar o quanto esses futuros enfermeiros estão prontos para uma prática clínica competente. Em 2013 foi criado o instrumento denominado *Clinical Competence Questionnaire* (CCQ), com a finalidade de medir a percepção da competência clínica de estudantes concluintes da graduação em enfermagem. O instrumento, em sua versão original, consiste em 47 itens que representam competências categorizadas, tanto em Comportamentos Profissionais da Enfermagem (itens 1 a 16) quanto em Competências e Habilidades (itens 17 a 47). Este estudo metodológico teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente o questionário de autoavaliação de competência clínica, para uso no Brasil pelos estudantes concluintes da graduação em enfermagem. A pesquisa, aprovada sob o nº 031754/2015 pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, foi realizada em seis estágios. O primeiro constituiu o processo de tradução do instrumento. O segundo visou analisar o consenso das traduções. O terceiro foi a retrotradução. O quarto, a reunião do Comitê de Especialistas. O quinto, a realização do pré-teste que possibilitou a análise da consistência interna do instrumento (etapa adicional), com 43 estudantes concluintes da graduação de enfermagem de duas instituições de ensino superior, uma da rede pública e outra da rede privada, da cidade de Curitiba, PR. O sexto estágio foi a apresentação, para os desenvolvedores, do processo de adaptação transcultural. Ao todo foram realizadas três reuniões de consenso, entre tradutores, retrotradutores e Comitê de Especialistas. Na reunião do Comitê de Especialistas identificou-se a necessidade de modificação das opções de resposta da escala *Likert*, do seu formato original, com a utilização de gerúndio, para a primeira pessoa do singular. Foram modificados seis itens, respeitando-se as equivalências semântica, cultural e conceitual. Essas modificações deram origem a alguns termos, e por isso foi sugerida a inclusão de um glossário ao final do questionário. O item 40 do instrumento original foi desmembrado na versão traduzida, uma vez que envolvia mais de uma habilidade técnica. Assim, a versão adaptada do *Clinical Competence Questionnaire* passou a ter 48 itens. O instrumento demonstrou, na opinião dos especialistas, validade de face e de conteúdo. No pré-teste para a obtenção da estatística de confiabilidade total, considerando-se os 48 itens, foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0,90. Para os itens 1 a 16 o valor do coeficiente foi de 0,84, enquanto que para os itens 17 a 48 foi de 0,87, sendo considerados adequados. O índice de concordância dos itens entre os estudantes foi de 99,43%. Considera-se que a versão adaptada do *Clinical Competence Questionnaire* mostrou consistência interna satisfatória para a amostra estudada. Conclui-se que esse instrumento foi validado para mensurar a competência clínica de estudantes concluintes da graduação em enfermagem, além de ser potencialmente útil na avaliação de enfermeiros recém-formados e de enfermeiros que iniciam em um serviço.

Palavras-chave

Competência clínica. Ensino. Enfermagem. Instrumentos de avaliação.

ABSTRACT

The evaluation of the clinical competence of nursing students involves knowledge integration, abilities and professional attitude. In order to evaluate this competence, teachers and field supervisors need an instrument able to measure how much future nurses are ready to perform clinical practices competently. In 2013, an instrument called *Clinical Competence Questionnaire (CCQ)* was designed with the aim of measuring the perception of the clinical competence of graduating nursing students. The instrument, in its original version, consisted of 47 items that represented categorized competences, in terms of Nursing Professional Behaviors (items 1 to 16) and Competencies and Skills (items 17 to 47). This methodological study aimed at translating and adapting transculturally the self-evaluation questionnaire about clinical competence to be used in Brazil by graduating nursing students. The research developed in 6 stages was approved by the Ethical Committee from the Paraná Federal University under No 031754/2015. The first stage consisted of the translation of the instrument. The second stage was a consensus meeting related to the translations. The third stage was the retro translation. The fourth stage consisted of a meeting of the Specialist Committee. The fifth was the pre-test that allowed the analysis of the internal consistency of the instrument, which was an additional stage, applied to 43 graduating nursing students in 2 institutions of Higher Education. One from the public sector and another from the private sector in Curitiba, Pr. The sixth stage was the presentation of the transcultural adaptation process to the instrument designers. There have been 3 consensus meetings, among translators, retro translators and the Specialist Committee. The Specialist Committee identified the need to modify some of the options of the *Likert* scale, that is, the original format uses the gerund and it was changed to the first person singular. Six items were modified respecting the semantic, cultural and conceptual equivalents. From these modifications some terms originated and because of this it was suggested the inclusion of a glossary at the end of the questionnaire. Item 40 of the original instrument was divided into two items in the translated version, as in the original it involved more than one technical skill. Therefore, the adapted version of the *Clinical Competence Questionnaire* had 48 items. The instrument, according to the specialists' opinion presented face and content validity. In order to obtain total confiability statistics, taking into consideration the 48 items, the Alfa coefficient of Cronbach was calculated, whose value was 0.90. For items 1 to 16 the coefficient value was 0.84, whereas for items 17 to 48 the value was 0.87, which were considered adequate. The agreement index among students was 99,43%. The adapted version of the *Clinical Competence Questionnaire* demonstrated satisfactory internal consistency for the sample studied. It is concluded that the instrument was validated to measure the clinical competence of graduating nursing students, in addition to being potentially useful in the evaluation of recent graduate and nurses who are about to start a job.

Keywords:

Clinical competence. Teaching. Nursing. Evaluation tools.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DOS NÍVEIS DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA DRA PATRICIA BENNER.....	30
FIGURA 2 – FORMATO ORIGINAL DO <i>CLINICAL COMPETENCE QUESTIONNAIRE</i> PUBLICADO NO <i>JOURNAL OF NURSING EDUCATION AND PRACTICE</i>	37
FIGURA 3 – BUSCA DOS ESPECIALISTAS NA PLATAFORMA DO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq).....	46
FIGURA 4 – APRESENTAÇÃO DAS ETAPAS METODOLÓGICAS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS (QCC) PARA USO NO BRASIL.....	47

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DESCRIÇÃO DOS ESTÁGIOS DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL.....	41
QUADRO 2 – CONSENSO DAS TRADUÇÕES INICIAIS.....	48
QUADRO 3 – COMPARAÇÃO DAS RETROTRADUÇÕES	48
QUADRO 4 – CONSENSO APÓS COMITÊ DE ESPECIALISTAS.....	49
QUADRO 5 – INTERPRETAÇÃO DOS VALORES DO ICC DE ACORDO COM CRITÉRIOS ESTABELECIDOS POR WEIR (2005).....	52
QUADRO 6 – VERSÃO ORIGINAL DA LEGENDA DO CCQ, OPÇÕES DE RESPOSTA DOS TRADUTORES INICIAIS, DECISÃO DO CONSENSO, RETROTRADUÇÃO E DECISÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS. CURITIBA, PR, 2015.....	54
QUADRO 7 – VERSÃO ORIGINAL <u>PART E A</u> DO CCQ, OPÇÕES DE RESPOSTA DOS TRADUTORES INICIAIS, DECISÃO DO CONSENSO, RETROTRADUÇÃO E DECISÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS. CURITIBA, PR, 2015.....	55
QUADRO 8 – VERSÃO ORIGINAL <u>PART E B</u> DO CCQ, OPÇÕES DE RESPOSTA DOS TRADUTORES INICIAIS, DECISÃO DO CONSENSO, RETROTRADUÇÃO E DECISÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS. CURITIBA, PR, 2015.....	57
QUADRO 9 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS DE ADEQUAÇÃO DO QCC, SEGUNDO ESTUDANTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR E TURNO DE ESTUDO, CURITIBA, 2015.....	64
QUADRO 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DA CONFIABILIDADE DO QCC DE ACORDO COM OS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE, CURITIBA, 2015.....	66
QUADRO 11 – DISTRIBUIÇÃO DO COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DAS DAS QUESTÕES DO QCC, SEGUNDO PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE, CURITIBA, 2015.....	68
QUADRO 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES REALIZADAS NO QCC APÓS ANÁLISE DAS SUGESTÕES DOS JUÍZES POR ITEM, CURITIBA, 2015.....	70

LISTA DE SIGLAS

ATC	– Adaptação transcultural
BPG	– <i>Best Practice Guidelines</i>
CCI	– Coeficiente de Correlação Intraclasse
CCQ	– <i>Clinical Competence Questionnaire</i>
CEE	– Comissões de Especialistas de Ensino
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
CES	– Câmara de Ensino Superior do MEC
CNE	– Conselho Nacional de Educação do MEC
CNPq	– Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CEPEn	– Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
Cofen	– Conselho Federal de Enfermagem
DCN	– Diretrizes Curriculares Nacionais
DCENF	– Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem
EA	– Evento Adverso
EPEA	– Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos
IES	– Instituições Ensino Superior
IVC	– Índice de Validade de Conteúdo
LDB	– Lei de Diretrizes e Bases
MEC	– Ministério da Educação
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
OSCEs	– <i>Objective Structured Clinical Examinations</i>
QCC	– Questionário de Competência Clínica
R1	– Retrotradutor 1
R2	– Retrotradutor 2
SUS	– Sistema Único de Saúde
T1	– Tradutor 1
T2	– Tradutor 2
T 12	– Versão após consenso de T1 e T2
WHO	– <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 COMPETÊNCIAS, COMPETÊNCIA CLÍNICA E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	23
2.2 O MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	27
2.3 O <i>CLINICAL COMPETENCE QUESTIONNAIRE</i> (CCQ)	34
2.4 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC).....	38
2.4.1 Orientações para o processo de adaptação transcultural propostas por Beaton e colaboradores (2000).....	41
3 METODOLOGIA.....	44
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	44
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	45
3.4 PROCEDIMENTOS PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO CCQ	46
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4 RESULTADOS.....	53
4.1 ESTÁGIOS I, II, III e IV.....	54
4.2 ESTÁGIO V.....	63
5 DISCUSSÃO.....	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	93

Apêndice 1 – Autorização dos Desenvolvedores do CCQ.....	93
Apêndice 2 – Autorização das Instituições para o pré-teste.....	94
Apêndice 3 – Autorização das Instituições para o pré-teste.....	95
Apêndice 4 – Mensagem de <i>e-mail</i> enviada aos Tradutores.....	96
Apêndice 5 – Mensagem de <i>e-mail</i> enviada aos Retrotradutores.....	97
Apêndice 6 – Mensagem de <i>e-mail</i> enviada aos Especialistas.....	98
Apêndice 7 – Mensagem de <i>e-mail</i> enviada aos Juízes.....	99
Apêndice 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Tradutores.....	100
Apêndice 9 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Retrotradutores...	102
Apêndice 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialistas.....	104
Apêndice 11 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes.....	106
Apêndice 12 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudantes.....	108
Apêndice 13 – <i>Clinical Competence Questionnaire (CCQ)</i>	110
Apêndice 14 – Síntese dos resultados – Traduções.....	111
Apêndice 15 – Síntese dos resultados – Retrotradução.....	117
Apêndice 16 – Síntese dos resultados – Comitê de Especialistas.....	118
Apêndice 17 – Questionário Competências Clínicas (QCC) – versão pré-teste...	127
Apêndice 18 – Questionário Competências Clínicas (QCC) – versão final.....	131

1 INTRODUÇÃO

Competência é um termo utilizado para designar a capacidade de uma pessoa agir de forma eficaz em uma determinada situação, alicerçada em conhecimentos, porém sem limitar-se a eles, embora sejam necessários e façam parte dos recursos cognitivos complementares utilizados para o enfrentamento de situações inerentes à sua prática. Deter conhecimento não significa alcançar sucesso em uma situação – é preciso que se tenha capacidade e coragem para inovar, associadas a outras habilidades comportamentais e cognitivas (PERRENOUD, 1999).

Tratando-se do ensino em nível superior por competências, a enfermagem sofreu influência do Processo de Bolonha, que apresentou críticas sobre o conteúdo da formação educacional e de seus métodos de ensino. Como resultado, os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem têm sido substituídos por estratégias que colocam maior ênfase na interação ativa do aprendiz, no pensamento crítico e na tomada de decisão (WEST; USHER; DELANEY, 2012; LÖFMARK; THORELL-EKSTRAND, 2014; KU et al., 2013).

O ensino de enfermagem brasileiro, acompanhando as transformações da sociedade desde o início dos anos 2000, tem suas Diretrizes Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF) pautadas em competências, as quais indicam que o enfermeiro deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, além de possuir as competências gerais e habilidades específicas para sua formação (BRASIL, 2001).

Destarte, a educação mudou – do ensino da profissão com base na experiência testada, para um ensino baseado em uma proposta científica e com conhecimento fundamentado em pesquisa. Portanto, na atualidade a avaliação do estudante de enfermagem deve ser capaz de aferir se os resultados de aprendizagem pretendidos foram alcançados ou não, e se os objetivos de um curso foram atingidos, a fim de garantir uma assistência segura e competente. Novos desenvolvimentos da educação em habilidades clínicas estão disponíveis, os quais estão alinhados à emergente teoria educacional, mas avaliações clínicas com evidências fundamentais são limitadas (ULFVARSON; OXELMARK, 2012; HOLLAND et al., 2013).

No Brasil, as Diretrizes Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem têm como objetivos “conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais [sic] dos seus determinantes” (BRASIL, 2001, p.1). Deve-se, ainda, atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, promovendo a saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Para tanto, foram propostas seis competências gerais, a saber: 1. atenção à saúde, 2. tomada de decisão, 3. comunicação, 4. liderança, 5. administração e gerenciamento e 6. educação permanente, além de outras trinta e uma competências e habilidades específicas para a formação do enfermeiro, conforme as DCENF (BRASIL, 2001). A essas competências gerais e específicas soma-se a competência clínica, neste estudo entendida como a atuação, do estudante e/ou profissional de enfermagem, pautada na prática ética e segura, embasada no conhecimento teórico, com a realização de habilidades técnicas de forma aceitável, avaliadas pelo pensamento clínico e pelo julgamento, refletindo seus efeitos no comportamento profissional adequado e no cuidado realizado de forma segura.

É consenso que a avaliação da competência clínica de estudantes de enfermagem envolve a integração de conhecimento, habilidades e atitude profissional. Além disso, é notória uma preocupação crescente no mundo, em avaliar a competência clínica de estudantes de enfermagem, uma vez que essa avaliação tem confrontado as universidades, ao longo dos anos, com problemas de validade, confiabilidade, subjetividade e parcialidade (LEVETT-JONES et al., 2011; WEST; USHER; DELANEY, 2012; STAYT, 2012; LÖFMARK; THORELL-EKSTRAND, 2014; KU et al., 2013; CANT; MCKENNA; COOPER, 2013; LÖFMARK; THORELL-EKSTRAND, 2014).

Levett-Jones et al. (2011) apresentam problemas específicos da avaliação da competência clínica em enfermagem nas últimas décadas, apontando que os resultados de pacientes podem ser comprometidos pela prática incompetente. Para esses autores as avaliações da competência de estudantes de enfermagem compreendem, com frequência, breves exames das habilidades psicomotoras, determinação de habilidades e atributos gerais ou análises realizadas em cenários simulados, em vez de no mundo real, da prática.

Em consonância, Heaslip e Scammell (2012) apontam que os professores supervisores de práticas clínicas experimentam dificuldades com estudantes que apresentaram baixo desempenho, e que a avaliação dessa práticas é com frequência julgada em uma base de aprovação/reprovação, em vez de em uma base progressiva. Este estudo argumenta que a aprovação ou reprovação da prática clínica atual fornece um *feedback* limitado, que pouco esclarece sobre o real desempenho, aos estudantes.

Estudo realizado no Reino Unido por Stayt (2012) cita que nos últimos anos tem se enfatizado mundialmente o desenvolvimento de competências clínicas no currículo de ensino de enfermagem, devido à preocupação com a frequência da prática de habilidades nos estágios clínicos.

Nesta direção, estudo conduzido por Stayt e Merriman (2013), contemplando 421 estudantes de todos os anos de ensino de enfermagem de uma universidade do sul da Inglaterra, indicou que alguns estudantes relataram a ausência de oportunidade de praticar adequadamente algumas técnicas essenciais (sinais vitais, auxílio em alimentação e higiene e conforto) e que com frequência as praticavam sem supervisão e avaliação de sua competência.

Tal estudo aponta que as inconsistências no desenvolvimento das habilidades clínicas prejudica os estudantes, que, com competência clínica insuficiente, sentem-se despreparados para trabalhar, o que torna a prática insegura e resulta em atendimento inadequado ao paciente (STAYT; MERRIMAN, 2013; FLOOD; ROBINIA, 2014).

Há, portanto, no cenário internacional atual do ensino de enfermagem, a exigência de que os estudantes dominem competências relacionadas a múltiplas tarefas durante sua formação. Assim, uma avaliação precisa, confiável e válida do desempenho clínico dos estudantes é essencial para garantir a preparação para a prática. De modo geral, os métodos de avaliação que contam com testes baseados em conhecimento refletem a eficiência de métodos de ensino, mas falham em demonstrar como os estudantes aplicam o conhecimento em situações clínicas (CANT; MCKENNA; COOPER, 2013).

Cant, McKenna e Cooper (2013) identificaram, ao conduzirem uma revisão sistemática, outros métodos de avaliações clínicas de estudantes de enfermagem, os quais incluem os estudos de caso, os ensaios clínicos, os exames colaborativos em grupo e as apresentações de trabalhos. Todos fornecem, como auxílio à

aprendizagem, *feedback* aos estudantes, mas têm tendência a parcialidades e muitas vezes não possuem padronização. É fato, por exemplo, a relutância em dar *feedbacks* negativos. A observação do desempenho de estudantes e a utilização de formulários de verificação de habilidades são as avaliações clínicas mais comuns nos Estados Unidos (EUA).

No Brasil, o texto das DCENF (BRASIL, 2001) deixa claro que a formação do enfermeiro se dá por competências. Com esta direção, a profissão de enfermagem tem na sua essência a prática fundamentada em bases teóricas e organizada em disciplinas que proporcionam um elemento fundamental no seu curso de graduação – o ensino clínico, utilizado na enfermagem para promover a competência. Embora essa experiência possa ser recompensadora, os estudantes podem estar sujeitos a uma variedade de desafios neste contexto (BRASIL; 2001; NASCIMENTO et al., 2003; KILLAM; HEERSCHAP, 2013).

Para Henderson (2012), Killam e Heerschap (2013) e McCoy, Levett-Jones e Pitt (2013), é por meio da experiência do ensino clínico que os estudantes aplicam, na prática, conhecimentos, habilidades e competências adquiridos. Há evidências de que a aprendizagem clínica é um componente essencial para se tornar enfermeiro, sendo o estágio clínico usado para facilitar o aprendizado e o progresso do estudante na aquisição das competências.

Ao longo da última década foram desenvolvidos novos instrumentos avaliativos com o propósito de medir e avaliar as competências dos estudantes de enfermagem, entre os quais estão os Exames Clínicos Objetivos Estruturados (OSCE, de *Objective Structured Clinical Examination*, na sigla em inglês). Esses instrumentos são descritos internacionalmente como listas de verificação padronizadas, utilizadas para avaliação dos estudantes por um observador treinado. Os OSCEs objetivam medir o desempenho de um modo válido e de forma confiável (CANT; MCKENNA; COOPER, 2013).

Nulty et al. (2011) veem os OSCEs como um componente regular dos programas de bacharelado em enfermagem na Austrália e internacionalmente, compondo uma estratégia valiosa para avaliar a aptidão de estudantes para a prática dentro de um contexto clínico, em que a importância da avaliação precisa do paciente é primordial.

Na Austrália, um estudo avaliou que o uso das Diretrizes de Melhores Práticas (BPG, *Best Practice Guidelines*, na sigla em inglês) por meio de Exames

Clínicos Objetivos Estruturados constitui uma ferramenta padronizada para desenvolver a competência clínica de estudantes de bacharelado em obstetrícia. A principal medida de objetividade foi a confiabilidade aferida por múltiplos avaliadores, baseada na concordância, quanto ao desempenho do estudante, por dois ou mais avaliadores especializados (MITCHELL et al., 2014).

Entretanto, os métodos avaliativos desenvolvidos em outros países, que refletem as competências clínicas dos futuros enfermeiros, parecem não ter beneficiado a produção de conhecimentos no Brasil, considerando-se a carência de instrumentos de avaliação que possam refletir as perspectivas dos estudantes de enfermagem, mensurar a eficácia do ensino/aprendizado e influenciar projetos políticos pedagógicos, bem como grades curriculares dos cursos de graduação em enfermagem no País.

A criação de instrumentos e/ou sua validação e utilização estão relacionadas com o desenvolvimento de tecnologias em saúde, pois se trata de um modo de ação, de realizar e cuidar, classificado como tecnologia *leve-dura*, por ser estruturado em vários passos ou normas que orientam e definem a realização do cuidado. Sendo assim, o instrumento, como um resultado de trabalho científico organizado e sistematizado, poderá contribuir para um cuidado de enfermagem eficiente e que tende a suprir as necessidades do paciente (ROCHA et al., 2008).

Realizou-se, para comprovar a escassez de escalas validadas no Brasil, uma revisão narrativa da literatura, a qual incluiu teses da área da saúde que desenvolveram pesquisas metodológicas, no domínio da tradução e da adaptação transcultural, bem como validação de instrumentos.

Entre os resultados encontrados há consenso de que a justificativa para o uso da adaptação transcultural está na ausência de instrumentos/escalas semelhantes no Brasil. As vantagens do método são praticidade, rapidez e baixo custo, tendo em vista que o uso de instrumentos/escalas empregados em pesquisas anteriores, em contextos socioculturais diferentes, favorece a comparação entre países distintos, com vistas à consistência do estudo.

Assim, para que possa vir a ser utilizado no Brasil, é necessário que o instrumento estrangeiro passe por procedimentos científicos denominados tradução e adaptação transcultural. O termo “adaptação transcultural” significa uma prática que visualiza, no processo de preparação de um questionário, tanto a linguagem

(tradução) como questões de adaptação cultural, possibilitando a utilização desse questionário em outro cenário (CASSEPP-BORGES, 2012; BEATON et al., 2000).

No passado, a adaptação de instrumentos era feita com a tradução do documento original ou, em raras exceções, era feita uma comparação literal desta com uma retradução. Atualmente, pesquisadores de diferentes áreas vêm instruindo propostas teóricas e processuais que têm uma visão ampliada deste tipo de estudo, que precisam ser escolhidas e avaliadas, uma vez que traduzir e adaptar transculturalmente um instrumento é tão importante quanto criar um novo (REICHENHEIM; MORAES, 2007; GIUSTI; LOPES, 2008).

No contexto da enfermagem brasileira, os estudos de adaptação transcultural e de validação de instrumentos são diversos, cobrindo desde o diagnóstico de problemas de saúde, passando pelo planejamento de tratamentos e até a avaliação da evolução do indivíduo, apresentando interfaces com a prática profissional. Essa diversidade metodológica tem sido constatada por meio da expressiva publicação de pesquisas que validam instrumentos e/ou, ainda, fazem adaptações transculturais, tendo em vista que há um incentivo, pelo Ministério da Saúde, à utilização dessas tecnologias avaliativas nos dias atuais, em diferentes esferas de atendimento (CROZETA et al., 2013; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015; BRASIL, 2015).

Considerando-se que a avaliação da competência clínica na prática de enfermagem é uma ferramenta importante para guiar professores e supervisores de campo e também para a evolução dos estudantes, e dada a necessidade de escalas que sejam de fácil aplicação, é que se conduziu este estudo, mencionando-se, por oportuno, o trabalho de **Shwu-Ru Liou** e de **Ching Yu Cheng**, os quais criaram, em Taiwan, o instrumento intitulado *Clinical Competence Questionnaire (CCQ)*.

O CCQ foi proposto com a finalidade de medir a percepção da competência clínica de estudantes concluintes da graduação em enfermagem, e sua base teórica foi o modelo “Do principiante ao Especialista”, de Patrícia Benner, o qual estabelece as várias etapas necessárias à obtenção, pelo profissional enfermeiro, da *expertise* em sua profissão (LIOU; CHENG, 2014).

Frente ao exposto, surgiu a questão que norteia esta pesquisa: **o questionário de autoavaliação de competências clínicas para estudantes concluintes da graduação em enfermagem, elaborado por Shwu-Ru Liou e Ching Yu Cheng, é aplicável a estudantes brasileiros?**

E, para responder a esta pergunta de pesquisa, temos como **objetivo**:

- Traduzir e adaptar transculturalmente aos estudantes brasileiros concluintes da Graduação em Enfermagem o questionário de autoavaliação de competências clínicas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresenta-se um breve histórico das concepções de competência e competência clínica e revisita-se a implantação das Diretrizes dos Cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF) em 2001, as quais significaram o desfecho da inserção da competência no ensino e na formação de futuros profissionais enfermeiros. Na sequência deste capítulo, será apresentado o modelo “Do Principiante ao Especialista”, utilizado pelas autoras para embasarem a construção do CCQ, instrumento que também será analisado.

2.1 COMPETÊNCIAS, COMPETÊNCIA CLÍNICA E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

O conceito de *competência* teve início quando as organizações começaram, com o advento da Revolução Industrial no século XVII, a pensar a respeito da forma como estava sendo executado o trabalho. Nessa época, a competitividade, a produção, o conhecimento e as competências começaram a tornar-se fundamentais. Com isso, passou-se a almejar um novo modelo de trabalhador, que se destacasse por sua proatividade, multifuncionalismo e competência – perfil diferente daquele dos trabalhadores da época, que só desempenhavam tarefas repetitivas e impostas, as quais não exigiam qualquer tipo de criatividade (NICKEL; PENKAL; RAMOS, 2013).

Na Europa e nos EUA a adoção do termo competência, a partir da década de 1960, passou a ser difundida como um movimento. Na França este debate emergiu nos anos 70, justamente a partir do questionamento do conceito de qualificação e do processo de formação, principalmente a técnica profissional. É a partir desta época que o assunto chega ao Brasil, fundamentado inicialmente na literatura americana (FLEURY; FLEURY, 2001).

A partir dos anos de 1970 a palavra competência passa a ser enfatizada na qualificação profissional, vinculando-se ao posto de trabalho e associando-se às organizações e ao coletivo, originando-se de forma representativa por meio das multinacionais. E, a partir de 1990, o conceito de competência começou a ser introduzido nas universidades brasileiras (DIAS, 2010; CAMELO; ANGERAMI, 2013).

Fleury e Fleury (2001), no artigo “Construindo o Conceito de Competências”, apresentam definições de competência – entre elas, uma que a relaciona com a qualidade ou estado de ser funcionalmente adequada(o) ou ter suficiente conhecimento, julgamento, habilidades e força para uma tarefa determinada. Apesar de ser considerada genérica, essa definição traz dois pontos principais ligados à competência: conhecimento e tarefa.

Nos dias atuais a competência permanece com um conceito polissêmico, complexo, difícil de definir e mais difícil ainda de medir, debatido na enfermagem há anos e que continua a influenciar, tanto filosófica como praticamente, a maneira como os estudantes de enfermagem são atualmente educados (GALLAGHER; SMITH; OUSEY, 2012; REDFERN et al., 2002; LEVETT-JONES et al., 2011).

Quanto à educação, há três propostas conceituais: uma considera a competência uma coleção de atributos pessoais; outra a relaciona com conceitos de resultados obtidos/observados (trabalhos efetuados) e uma terceira contempla a noção de competência dialógica, com origem na combinação de atributos pessoais para a realização de ações em contextos específicos, buscando-se alcançar resultados (LIMA, 2005).

Na área da saúde a competência é, para alguns, um conceito objetivo que pode ser medido, padronizado e validado com exames, instrumentos e escalas de avaliação. Para outros, a competência é mais do que o desempenho de habilidades, enfatizando-se seus efeitos nos estudantes e pacientes (COATES; CHAMBERS, 1992; BENNER, 2004).

O Conselho de Coordenação de Educação Superior do Estado do Texas (EUA) contempla conhecimento, julgamento, habilidades e valores profissionais como competências necessárias essenciais aos graduandos de enfermagem. A Associação Americana das Escolas de Enfermagem (AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING, 2008) cita que as competências essenciais aos graduandos do bacharelado em enfermagem são: o pensamento clínico, a comunicação, a avaliação e as habilidades técnicas.

Na Austrália, essas competências são descritas como uma combinação de habilidades, conhecimento, atitudes, valores e capacidades que fundamentam um desempenho superior e/ou eficiente em uma área profissional e/ou ocupacional (CANT; MCKENNA; COOPER, 2013).

No Brasil, a noção de competências na enfermagem surge com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996, que concretizou o parecer nº 1.133 do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara Ensino Superior (CES) e que deu origem à aprovação da Resolução CNE/CES nº 3, de 07/11/2001, a qual definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF) (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DCN) constituem orientações que objetivam proporcionar às Instituições de Ensino Superior (IES) um direcionamento para a implantação e a implementação dos projetos político-pedagógicos que devem ser necessariamente por elas adotados. Para Santana et al. (2005, p. 295) “[...] não são fórmulas prontas, já que o contexto sócio-político-cultural que envolve cada IES fala mais alto e exige inovadoras formas de saber, fazer e ser”.

Sendo assim, as competências constituem-se em aspectos fundamentais na conformação dos projetos político-pedagógicos e matrizes curriculares dos cursos de enfermagem, direcionando a formação dos profissionais e visando estratégias para as transformações que estão ocorrendo nos serviços de saúde.

Em virtude dessa direção dada pelas DCENF, o conceito de competência é empregado na enfermagem com o propósito de associar conhecimentos teóricos e práticos, tendo como centro o indivíduo capaz de tal realização. Algo que se acrescenta, aqui, ao contexto clínico, no qual o enfermeiro deve ser capaz de executar e propor o cuidar de forma a atender as demandas reais da pessoa na esfera biológica, porém sem perder o olhar para as demais dimensões, na perspectiva de homem posto naquela realidade (PINHEL; KURCGANT, 2007; DELL’ACQUA; MIYADAHIRA; IDE, 2009).

Por meio da formação por competência, espera-se que o profissional egresso tenha a capacidade de utilizar uma diversidade de conhecimentos na solução de problemas do seu dia a dia, estabelecendo relações entre cultura, sociedade, saúde, ética e educação. Nesse sentido, é necessário o domínio de conteúdos e metodologias, em níveis crescentes de complexidade e fundamentados nas relações dialéticas entre as transformações sociais e as do mundo do trabalho (DELUIZ, 2001).

A competência clínica, por seu turno, pode ser definida como

[...] a capacidade de realizar, aceitavelmente, aqueles deveres diretamente relacionados ao cuidado para com o paciente; é a capacidade de agir eficazmente em uma determinada situação, com base em conhecimentos, mas sem a eles se ater, de forma a mobilizar o todo ou parte de seus recursos cognitivos e afetivos para interagir em situações complexas. Nesse sentido, os recursos devem ser mobilizados ou aplicados por meio da ação profissional, em circunstâncias reais do mundo do trabalho e durante a atuação profissional (LANDIM; SILVA; BATISTA, 2011, p. 559).

A pesquisa bibliográfica descritiva e quantitativa conduzida por Landim, Silva e Batista (2011, grifo nosso) analisou estudos sobre a vivência clínica na formação do enfermeiro e procurou identificar a produção científica de dissertações e teses que tratassem dos temas “*educação em enfermagem [...], competência clínica [...], residência e internato*”, tendo como fonte de dados todos os volumes do Catálogo de Dissertações e Teses do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn) produzidos no período de 2001 a 2006.

Os dados dessa pesquisa evidenciaram que o tema educação em enfermagem possibilita o envolvimento de grande amplitude de subtemas e que a preocupação com a educação vem permeando a produção científica. Por outro lado, o conceito de *competência clínica* é mais recente e carece ainda de estudos, uma vez que vem se consolidando no cenário de uma enfermagem mais articulada às políticas de saúde, ao contexto de saúde em geral e ao mercado de trabalho. Os autores da pesquisa reforçaram, à época, que todos esses fatores serviriam para contribuir para que o tema fosse mais contemplado nas investigações (LANDIM; SILVA; BATISTA, 2011).

Para McCoy, Jones e Pitt (2013), a aquisição da competência clínica exige comprometimento e envolvimento ativo dos estudantes, apoio e orientação de uma equipe acadêmica e clínica competente e ambientes clínicos que sejam acolhedores e inclusivos. Nesse sentido, há estudos como os de Stayt e Merriman (2013), que trata da importância de parcerias mais fortes entre educadores e instituições clínicas e da priorização de preparação supervisionada, bem como do suporte organizacional em termos de planejamento da carga de trabalho de supervisores.

Em Hong Kong, um estudo descritivo da eficiência do ensino em sala de aula apontou uma contínua preocupação entre a união de teoria e prática na enfermagem, e que esta inquietação tem levado, mundialmente, a iniciativas colaborativas entre professores e profissionais da prática clínica. Os pesquisadores identificaram que existem diferentes formas de esforços colaborativos, mas também

que as informações sobre suas avaliações são escassas e inconclusivas. Os autores referem, ainda, que a integração de teoria e prática é importante para uma proposta baseada em resultados, que enfatize a competência clínica do estudante como a medida do sucesso (CHAN; CHAN; LIU, 2011).

No Brasil, Silva et al. (2010) acreditam que há um descompasso entre o ensino acadêmico e as expectativas quanto ao mercado de trabalho, algo que vem sendo denunciado por estudantes de enfermagem. Os autores relatam que, no decorrer de suas experiências, eles têm observado que a maioria dos acadêmicos de enfermagem desaprova a prática ora conduzida nas instituições de saúde, e críticas são feitas sobre atitudes de profissionais de enfermagem que estão no campo de trabalho. Diante da realidade, apontam e também corroboram a importância da temática teoria *versus* prática, e questionam o modo como está sendo feita a transição, da academia para o mercado de trabalho, dos recém-graduados em enfermagem.

Esse cenário evidencia a necessária preparação de qualidade que os alunos da graduação em enfermagem devem ter, durante a sua formação, em relação a elementos teóricos e também práticos. No entanto, o ensino de enfermagem ainda enfrenta desafios relacionados à aplicação desses conhecimentos em ambientes clínicos, e a inabilidade dos estudantes em realizar os procedimentos em instalações práticas compõe questões preocupantes sobre a competência dos alunos durante as avaliações da prática clínica, algo que está sendo levantado internacionalmente (HEASLIP; SCAMMELL, 2012).

Lucchese e Barros (2009, p. 153) afirmam que “[...] discutir competência é pertinente a todas as instâncias envolvidas no processo de formação profissional.” Para as autoras, debater a formação por competência é voltar-se a um processo pedagógico transformador, de dimensão significativa e pouco explorado na prática acadêmica.

2.2 O MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O matemático Stuart E. Dreyfus e o filósofo Hubert L. Dreyfus desenvolveram conjuntamente um modelo de aquisição de competências, apresentado pela primeira vez em 1980, na Universidade de Berkeley, em um relatório das suas pesquisas. O

modelo Dreyfus discute a aprendizagem experiencial em um campo complexo e ao longo do tempo e é caracteristicamente situacional, ou seja, o foco está no desempenho e no resultado em situações específicas, ao contrário de modelos que identificam talentos ou características particulares de uma pessoa (BENNER, 2004).

O modelo foi desenvolvido a partir de pesquisas com jogadores de xadrez, pilotos da força aérea e condutores de tanques e comandantes do exército, e propunha a existência de cinco níveis distintos pelos quais passa um estudante: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e *expert* (BENNER, 2004).

Benner utiliza-se desses conceitos para compreender as diferenças de comportamento no que se refere à competência clínica do enfermeiro e elabora seu próprio modelo, publicado pela primeira vez, em sua obra *“From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice”*, em 1984 (Benner, 2001).

A teoria aduz que a progressão rumo à proficiência está baseada na educação de boa qualidade concomitante à somatória de grande variedade de experiências clínicas. Assim, para Benner, é impossível proficiência sem experiência. Desse modo, é aceitável a suposição de que o desenvolvimento do conhecimento em disciplinas relacionadas à saúde, como enfermagem, poderia resultar do conteúdo da experiência clínica de enfermeiros *experts*, havendo, a esse conhecimento, a possibilidade de contribuição significativa pela pesquisa clínica (GALLANI; DALLAIRE, 2014).

Três estudos de Benner sobre a aquisição de competências em enfermagem foram guiados pelo modelo de Dreyfus (BENNER, 1982, 1984; BENNER, HOOPER-KYRIAKIDIS STANNARD, 1999; BENNER et al., 1992, 1996), e em cada um deles Hubert e Stuart Dreyfus atuaram como consultores. O primeiro, realizado entre 1978 e 1981 (BENNER, 1982, 1984), teve como objetivo delinear e descrever as características de atuação de enfermeiros recém-formados e de enfermeiros experimentados nos diferentes níveis de educação e de experiência.

O segundo estudo sobre aquisição de competências e conhecimento clínico dos enfermeiros da unidade de tratamento intensivo foi realizado entre 1988 e 1994 (BENNER et al., 1992; BENNER et al., 1996), e seus objetivos foram descrever a natureza da aquisição de habilidades práticas de enfermagem no tratamento intensivo e delinear o conhecimento incorporado com a prática especializada.

O terceiro estudo, realizado entre 1996 e 1997, foi uma extensão do segundo, e teve por objetivo incluir outras áreas de tratamento intensivo, como os serviços de

emergência, tratamento domiciliar, sala de cirurgia e unidades de tratamento pós-anestésico, assim ampliando a amostra de enfermeiros de prática avançada (BENNER, 2004).

O modelo de Benner (Figura 1) pode ser empregado no desenvolvimento de carreira e na educação continuada. As áreas e agentes citados à sua possível utilização incluem: especialização clínica, desenvolvimento de carreira, administração de enfermagem, programas de desenvolvimento de equipe, residências clínicas, alunos preceptores e enfermeiros iniciantes (BENNER, 2001).

A aprendizagem experiencial requer abertura e sensibilidade por parte do aprendiz, que assim poderá aprimorar sua prática com o passar do tempo. O aprendiz que desenvolve uma prática harmoniosa, baseada em reações, aprende a reconhecer situações no que diz respeito a experiências concretas, como apontado pelo modelo de Dreyfus (BENNER, 2004).

Para Benner (2004), a capacidade do enfermeiro de agir eficazmente muda com o desenvolvimento de habilidades práticas e percepções a partir da experiência. Além disso, as habilidades no envolvimento com problemas e pessoas desenvolvem-se com mais sintonia. O desenvolvimento das habilidades de envolvimento podem ser vistos em cada fase da aquisição de competências. O enfermeiro é cada vez mais capaz de reconhecer quando não tem uma boa compreensão da situação clínica, e a ciência acerca dessa falta de compreensão orienta seu questionamento e a solução de problemas (BENNER, 2004).

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO DOS NÍVEIS DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DA DRA PATRICIA BENNER



FONTE: Adaptada de BENNER (2004).

Para cada nível de competência, apresentam-se as características, o comportamento dos enfermeiros e as implicações ao ensino e à aprendizagem, conforme se mostra na sequência, de acordo com Benner (2004, p. 6-16).

Novato: em geral refere-se ao primeiro ano de aprendizagem. É o nível em que normalmente se encontram os estudantes de enfermagem que, no entanto, não são os únicos – todos os enfermeiros que iniciam em um serviço desconhecido podem encontrar-se nesse nível (AUED, 2013).

Reflete circunstâncias em que o enfermeiro não apresenta experiência das possíveis situações que irá enfrentar, interferindo na compreensão ou tratamento de uma situação clínica. O profissional pode apresentar dificuldade em avaliar aspectos irrelevantes e relevantes de uma situação. O comportamento governado por regras do novato é extremamente inflexível e limitado.

Diferentemente do novato, o iniciante avançado e o recém-formado possuem a inteira responsabilidade legal e profissional pelos pacientes. Esse novo nível de responsabilidade e de direito traz consigo mudanças na forma como os enfermeiros experimentam a si mesmos e ao ambiente de prática (BENNER, 2001; BENNER, 2004).

Os iniciantes têm um nível de confiança no ambiente e na legitimidade do conhecimento de colegas de trabalho, o que lhes permite absorver informações como fatos. Essa confiança estabelece qualidade de liberdade e de divertimento na aprendizagem que provavelmente só estão disponíveis para aqueles que ainda não compreendem a natureza incerta, tanto da situação como do que se sabe sobre ela. A liberdade na aprendizagem é promovida porque iniciantes avançados ainda não se sentem responsáveis pela gestão de situações clínicas com as quais não estão familiarizados (BENNER, 2001; BENNER, 2004).

O iniciante avançado tem consciência elevada de todo *feedback* sobre seu desempenho e presta muita atenção à prática dos colegas. Ele procura ativamente por fontes confiáveis de informação de qualidade. Como o novato, o iniciante avançado é dependente de outros para suprir suas comparações, interpretações e distinções qualitativas baseadas em experiência. Tanto os novatos como os iniciantes avançados conseguem apreender apenas um pequeno aspecto da situação, porque para eles tudo é muito novo e estranho (BENNER, 2001; BENNER, 2004).

O enfermeiro competente possui um a dois anos de prática, e decide o que é mais ou menos importante com base em padrões informais aprendidos a partir de experiências com outros pacientes. Ele tenta limitar o inesperado, por meio de planejamento e de análise e pela previsão das necessidades e contingências do futuro imediato, mas percebe que, na prática, não há regras para ajudá-lo.

A ansiedade, nesse nível, está mais adaptada à situação do que estava no nível novato ou iniciante avançado, quando há uma ansiedade geral em torno de aprender e de ter um bom desempenho, sem cometer erros. Os enfermeiros desse nível se sentem animados quando apresentam bom desempenho, e sentem remorso quando reconhecem que seu desempenho poderia ter sido mais eficaz ou mais previdente, em situações em que prestaram atenção a coisas erradas ou não notaram sinais e sintomas sutis, mas relevantes. Essas reações emocionais são os estágios formativos de apreciação estética da boa prática, e os sentimentos de satisfação e desconforto com o desempenho atuam como uma bússola moral que orienta o aprendizado clínico ético e experiencial (BENNER, 2004).

Nesse estágio, os profissionais buscam conhecimento, normalmente compram obras de referência e livros de enfermagem, pois a perda de confiança no conselho de outros enfermeiros pode ser generalizada e, conseqüentemente, o

enfermeiro pode se sentir extremamente responsável. Esta incapacidade de confiar nos colegas pode ser agravada pelo encontro de incompetência e falta de integração social, ao que se soma o treinamento apenas informal na unidade clínica em particular (BENNER, 2001; BENNER, 2004)

No nível proficiente, intermediário no caminho para a *expertise*, o enfermeiro precisa aprender a situar a si mesmo de forma diferente em relação ao seu trabalho. Nesse estágio, narrativas em primeira pessoa, com um olhar aproximado, muitas vezes tomam a forma da descrição de alterações na perspectiva de uma situação (BENNER, 2004, tradução nossa).

A compreensão prática é perceptivelmente fundamentada e baseada em resposta e requer que o enfermeiro esteja aberto à correção e refutação, de acordo com a situação. A atuação do profissional implica situações clínicas que envolvem algum entendimento prático, e é essa compreensão prática que é confirmada em cada situação (BENNER, 2001; BENNER, 2004).

O enfermeiro proficiente aprende a ajustar suas respostas à situação, e a habilidade de envolvimento torna-se mais diferenciada e sintonizada. Uma vez iniciado, o enfermeiro proficiente geralmente continua a refinar sua leitura acerca de situações particulares. Refinar critérios por meio de deliberadas comparações com outras experiências e outros pacientes melhora a compreensão que o enfermeiro tem da situação (BENNER, 2004).

A *expertise* é a sabedoria prática. Uma vez que o enfermeiro evolui para o nível *expert*, seu estilo, de um profissional situado e que age à base de respostas, impulsiona a aprendizagem experiencial e a capacidade de deixar de lado suas expectativas implícitas, presumivelmente garantidas. O profissional passa a se concentrar em aspectos da situação, que estão se alterando e criando um sentido diferente à situação. O *expert* pode agora integrar, com suas respostas, sua compreensão da situação (BENNER, 2004).

Com base na aprendizagem experiencial enriquecida, gerada pelo aumento da capacidade de interpretar, graças à sua profunda familiaridade com situações semelhantes e diferentes, a situação atual, os enfermeiros desenvolvem um sentido que lhes permite saber se têm um bom (melhor ou pior) entendimento da situação. A técnica habilidosa permite um desempenho mais fácil e rápido quanto aos procedimentos (BENNER, 2004).

As competências relacionais, em sintonia com as preocupações do paciente e com a situação clínica, criam uma possibilidade para os pacientes e familiares divulgarem ou revelarem seus medos e preocupações para o enfermeiro, e também para o enfermeiro perceber alterações no paciente ou familiares ao longo do tempo (transições) (BENNER, 2004).

Para Benner (2004), a prática especializada, por sua própria natureza, é de conhecimento específico e local. Assim, perícia e conhecimento técnico e científico podem ser transferidos para outros contextos da prática clínica. Por ser a prática uma forma de conhecer por meio da aprendizagem experiencial e da perícia incorporada, ela também é valiosa para estudar e articular os conhecimentos incorporados em práticas altamente complexas, tais como enfermagem e medicina.

A articulação do conhecimento incorporado na prática proficiente e especialista, somada à articulação da variedade de conhecimentos práticos aprendidas por profissionais iniciantes em ambientes locais, cria a possibilidade de prática autoaprimorável, baseada em tornar pública a aprendizagem experiencial (portanto, aberta ao seu desenvolvimento). Desse modo, a aprendizagem experiencial e a sabedoria prática são acumuladas e compartilhadas (BENNER, 2004).

O profissional proficiente passa a mudar cada vez mais a sua percepção da natureza da situação e, depois, a deliberar sobre a mudança de planos ou estratégias, em resposta ao novo entendimento da situação. O *expert* desenvolve ainda outra maneira qualitativamente distinta de estar na situação, aprimorando a capacidade de responder a ela de forma clara, mesmo quando a situação e a relevância das ações tomadas mudam.

Benner (2004) explica que o desenvolvimento do agir eficazmente e a influência do envolvimento emocional com a pessoa e com o problema, bem como o clima emocional na aquisição de competências, variam em cada nível de aquisição de competências, exemplificando que o iniciante avançado se concentra em fazer tudo da maneira adequada, o competente aumenta sua capacidade de interceder pelo paciente e, para o *expert*, o agir eficazmente e as habilidades de envolvimento criam espaços reveladores que nem ao menos teriam sido imaginados nos níveis anteriores.

Por fim, o modelo foi útil em ajudar a articular conhecimento e habilidade incorporados na prática de enfermagem. A visão racional técnica do desempenho é

a de um profissional ou técnico especialista desenvolvendo o domínio de um conjunto de conhecimentos e aplicando esses conhecimentos de forma preestabelecida com vistas a resultados também preestabelecidos. No modelo Dreyfus, até mesmo o *expert* deve ficar em sintonia com a situação e permanecer aberto ao inesperado. Supõe-se que o profissional insista no aprimoramento de habilidades em um mundo significativo, inteligível, mas em constante evolução (BENNER, 2004).

2.3 O CLINICAL COMPETENCE QUESTIONNAIRE (CCQ)

Com base no modelo “*From Novice to Expert*” (“Do principiante ao Especialista”), de Patrícia Benner, e buscando avaliar o novato deste modelo (recém-formados em enfermagem em seu primeiro ano de aprendizagem e todos os enfermeiros que iniciam em um serviço), propôs-se, em 2013, uma forma de avaliação sobre competência clínica, por meio do instrumento denominado *Clinical Competence Questionnaire* (CCQ), desenvolvido em Taiwan com a finalidade de medir a percepção da competência clínica de estudantes concluintes da graduação em enfermagem (LIOU; CHENG, 2014).

Segundo os autores originais do instrumento, uma das justificativas para o desenvolvimento do CCQ é a atual escassez de conhecimento quanto à realidade dos enfermeiros, o que se reflete em um desafio para os administradores dos serviços de saúde e para os educadores em enfermagem, que normalmente apresentam inúmeras questões sobre o processo de garantia da competência. Entre essas questões podem-se destacar: 1. Quais habilidades são mais críticas para a prática iniciante? 2. Que nível de competência deveria ser estabelecido para enfermeiros de nível iniciante? 3. Como a competência deveria ser avaliada? 4. Como a competência deveria ser definida? (LIOU; CHENG, 2014).

Liou e Cheng (2014) ainda afirmam, também como justificativa ao CCQ, que, embora os administradores clínicos e as faculdades acadêmicas tenham avaliado os atributos quantitativos e qualitativos da competência do enfermeiro, estudos já realizados sobre a temática avaliaram as competências de todos os enfermeiros indistintamente, desconsiderando a quantidade de anos de experiência profissional, enquanto outros estudos que apresentam instrumentos não diferenciaram a

competência de enfermeiros que já trabalham em locais clínicos com a de estudantes ou recém-formados em enfermagem.

Dada esta realidade, no primeiro momento de desenvolvimento do instrumento os autores Liou e Cheng (2014) revisaram a literatura atual, para melhor compreenderem os conceitos de competência, e com base nesta revisão definiram a competência em enfermagem, a qual alcança os domínios do conhecimento, das habilidades clínicas, do raciocínio clínico, do julgamento e do comportamento profissional.

O próximo passo dos desenvolvedores do instrumento foi a criação de uma lista de competências em enfermagem, a qual considera as definições de competência em enfermagem relatadas na literatura. Essa lista foi baseada nas revisões e também no próprio conhecimento dos autores, que pesquisaram sobre quais habilidades clínicas os graduandos em enfermagem precisam ter para iniciar a prática profissional.

Os autores do questionário identificaram, na literatura pesquisada, 50 itens para a avaliação da competência de graduandos do bacharelado em enfermagem. Após, os autores conduziram grupos focais com instrutores clínicos que forneceram opiniões em relação ao conteúdo de competência clínica. Tais grupos geraram 30 itens adicionais, totalizando, ao instrumento 80 itens de competências potenciais. Dentre esses 80 itens iniciais, o grupo selecionou 47 para posterior validação.

A parte A do CCQ contém 16 itens, referentes aos comportamentos profissionais da enfermagem, e a parte B 31 itens, referentes às competências e habilidades. O instrumento é respondido baseando-se em uma escala do tipo Likert, com cinco intervalos que variam de 1 (não ter a menor ideia) a 5 (saber na teoria e ser competente na prática, sem necessidade de supervisão).

Após a elaboração o instrumento foi avaliado em um estudo transversal, em Taiwan, com 340 estudantes do último semestre de cursos de bacharelado em enfermagem. O instrumento foi testado quanto ao conteúdo, construção e validade de critério. O coeficiente alfa de Cronbach para todo o instrumento foi de 0,98 (LIOU; CHENG, 2014).

Os resultados desse estudo indicaram que o *Clinical Competence Questionnaire* demonstrou confiabilidade e validade para medir a percepção da competência clínica dos estudantes concluintes da graduação em enfermagem. E, diante das características desse instrumento, o questionário de autoavaliação de

competências clínicas foi escolhido para o processo de tradução e adaptação transcultural neste estudo, que considerou a simplicidade aparente de preenchimento, a confiabilidade das propriedades psicométricas e a diversidade de itens que, de maneira geral, podem revelar resultados importantes quanto aos comportamentos e habilidades dos profissionais relacionados à sua competência clínica.

A publicação do instrumento foi feita em 2014 no *Journal of Nursing Education and Practice*. No seu formato original não era possível identificar as orientações de preenchimento, nem o modo como os itens seriam avaliados pelos respondentes (Figura 2). Frente a isso buscaram-se, por meio de contato via *e-mail* com os desenvolvedores (Apêndice 1), informações sobre o instrumento, descobrindo-se a forma correta de preenchê-lo. Obteve-se, ainda, a autorização para utilização do questionário neste estudo.

FIGURA 2 – FORMATO ORIGINAL DO *CLINICAL COMPETENCE QUESTIONNAIRE* PUBLICADO NO *JOURNAL OF NURSING EDUCATION AND PRACTICE*

www.sciedu.ca/jnep	Journal of Nursing Education and Practice, 2014, Vol. 4, No. 2
<p>Table 1. The 47 Items Representing Competencies Measured in the Clinical Competence Questionnaire</p>	
<p>Nursing professional behaviors:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Following health and safety precautions 2. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to self 3. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to patients 4. Preventing patients from problem occurrence 5. Adhering to the regulation of patients' and families' confidentiality 6. Demonstrating cultural competence 7. Adhering to ethical and legal standards of practice 8. Maintaining appropriate appearance, attire, and conduct 9. Understanding patient rights 10. Recognizing and maximizing opportunity for learning 11. Applying appropriate measures and resources to solve problems 12. Applying or accepting constructive criticism 13. Applying critical thinking to patient cares 14. Communicating verbally with precise and appropriate terminology in a timely manner with patients and families 15. Communicating verbally with precise and appropriate terminology in a timely manner with healthcare professionals 16. Understanding and supporting group goals <p>Skill competencies:</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Taking a history for new admissions 18. Performing and documenting patient health assessment 19. Answering questions for patients or families 20. Educating patients or families with disease-related care knowledge 21. Charting and documentation 22. Developing care plan for patients 23. Performing shift report 24. Performing hygiene and daily care routines 25. Providing rest and comfort measures 26. Assessing nutrition and fluid balance 27. Assessing elimination 28. Assisting activities and mobility, and changing position 29. Providing emotional and psychosocial support 30. Performing venipuncture 31. Starting intravenous injections 32. Changing intravenous fluid bottle or bag 33. Administering intravenous medications (or into intravenous bags) 34. Administering intramuscular medications 35. Performing subcutaneous (or intracutaneous) injection 36. Administering oral medications 37. Administering blood transfusion 38. Performing urinary catheter insertion and care 39. Performing sterile techniques 40. Performing postural drainage and percussion, and oxygen therapy 41. Performing preoperation/postoperation care 42. Performing enema 43. Performing upper airway suction 44. Performing tracheotomy care 45. Performing nasogastric tube feeding and care 46. Performing chest tube care with underwater seal management 47. Performing wound dressing care 	

Fonte: LIOU, S. R.; CHENG, C. Y., op. cit.

2.4 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC)

O termo “adaptação transcultural” é usado para abranger um processo que observa, na preparação de um questionário para uso em cenário diverso daquele para o qual foi originalmente planejado, tanto a linguagem (tradução) como questões de adaptação cultural (BEATON et al., 2000).

Autores como Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997) e Reichenheim e Moraes (2007) citam que não há consenso na literatura acerca da metodologia envolvida na tradução e adaptação transcultural.

O estudo conduzido por Reichenheim e Moraes (2007) menciona que há na literatura registros de várias propostas teóricas consideradas, as quais sintetizam métodos sistemáticos de avaliação acerca da adaptação transcultural. Os autores, contudo, destacam a ausência de um consenso sobre as estratégias de operacionalização da adaptação transcultural e, como alternativa de solução, citam o exposto por Herdman, Fox-Rushby e Badia (1997).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugerem cinco exemplos diferentes de situações em que a atenção deve ser dada a esta adaptação, comparando os alvos (onde será usada), as fontes (onde foi desenvolvida), a linguagem e a cultura. O primeiro exemplo deve ser usado na mesma língua e cultura em que foi desenvolvido, dispensando-se assim qualquer adaptação. O último exemplo está no extremo oposto, com a aplicação de um questionário em uma cultura, língua e país diferentes – por exemplo, a utilização de um questionário dos Estados Unidos (fonte) no Japão (alvo) demandaria tradução e adaptação cultural.

Os outros cenários estão resumidos na Tabela 1, e refletem situações em que algumas traduções e/ou adaptações são necessárias (BEATON et al., 2000).

TABELA 1 – CENÁRIOS POSSÍVEIS ONDE ALGUMA FORMA DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL É NECESSÁRIA

Necessidade de usar um questionário a uma nova população descrita como a seguinte:	Resultados em uma mudança na...			Adaptação necessária	
	Cultura	Língua	País de utilização	Tradução	Adaptação cultural
A. Usar a uma população que apresenta a mesma cultura, língua, ou país de origem do questionário	–	–	–	–	–
B. Usar a imigrantes estabelecidos no país de origem do questionário	X	–	–	–	X
C. Usar em outro país, mas de mesma língua	X	–	X	–	X
D. Usar a novos imigrantes, que não falam inglês, no país de origem do questionário	X	X	–	X	X
E. Usar em outro país, mas de língua diferente	X	X	X	X	X

Adaptado de GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993, op. cit.

FONTE: BEATON et al., 2000, op. cit., tradução nossa.

Uma revisão integrativa da literatura denominada Análise das Técnicas de Validação de Instrumentos Utilizados pela Enfermagem, cujo objetivo foi analisar o processo de validação de instrumentos na literatura científica de enfermagem entre os anos de 2010 a 2014, concluiu que os estudos apresentaram diversidades com relação aos tipos de validação empregados, com predomínio da validade de conteúdo, e que muitos estudos nacionais e internacionais não citaram a técnica utilizada (MANTOVANI et al., 2015, no prelo).

Contudo, Mantovani et al. (2015) afirmam, que o referencial de Guilhemini, Bombardier e Beaton foi utilizado, em relação à adaptação cultural, em seis etapas (as autoras fazem menção às obras SOUZA; DUPAS; BALIEIRO; 2012; FEIJÓ et al., 2012; SIQUEIRA et al., 2013; GUBERT et al., 2013), e outras duas pesquisas, em sete (com menção às obras RABELO et al., 2011; CHARALAMB OUS et al., 2013), fato que vai ao encontro das diretrizes propostas por Beaton et al. (2000) para este

processo, as quais são organizadas sistematicamente em: 1) Tradução, 2) Síntese, 3) Retrotradução, 4) Revisão por especialistas, 5) Pré-teste e 6) Auditoria do instrumento. Esta revisão integrativa evidenciou ainda que os objetos de validação prevalentes foram os instrumentos, os quais podem contribuir à prática profissional da enfermagem, facilitando-a (MANTOVANI et al., 2015, no prelo).

A partir de uma necessidade de estruturar uma pesquisa metodológica, Crozeta et al. (2013) identificaram as características e procedimentos adotados em pesquisas científicas de tradução e validação de escalas/instrumentos utilizadas em teses brasileiras. Para tanto, as autoras realizaram uma revisão narrativa da literatura e incluíram teses, da área da saúde, em que haviam sido desenvolvidas pesquisas metodológicas, nos domínios da tradução e da adaptação transcultural e sobre a validação de instrumentos.

Entre os resultados encontrados há consenso de que a justificativa do uso da adaptação transcultural é, no Brasil, a ausência de instrumentos/escalas locais semelhantes. As vantagens do método são a praticidade, a rapidez e o baixo custo, tendo em vista que o uso de instrumentos/escalas empregados em pesquisas anteriores, em contextos socioculturais diferentes, favorece a comparação entre países distintos, com vistas à consistência do estudo. As autoras também encontraram que o referencial metodológico adotado na adaptação transcultural variou, o que corrobora os estudos anteriormente citados, no sentido de que não há consenso acerca da metodologia adotada na ATC.

Crozeta et al. (2013) encontraram ainda que todas as pesquisas analisadas empregaram a avaliação das equivalências como conceitual, de itens e semântica. Com relação à validação, todas as pesquisas, nas quais a amostra de sujeitos não foi numerosa, efetuaram pré-teste ou teste-piloto dos instrumentos/escalas. Em relação às amostras com pequeno número de sujeitos, o estudo aponta que, para a elaboração de escalas, 100 pacientes para cada fator medido ou 10 participantes para cada item do instrumento são suficientes, e que mesmo amostras menores, com cinco a 10 indivíduos por item, têm sido aceitas e geram resultados relevantes.

Por fim, Crozeta et al. (2013) pontuaram que a análise das pesquisas que empregaram adaptação transcultural e validação de instrumentos/escalas usaram diferentes referenciais metodológicos clássicos, a maioria publicados na década de 1990. Essas pesquisas indicaram a necessidade de adaptação transcultural para a aplicação no Brasil, com a condição de que os dados entre as pesquisas

internacionais e nacionais sejam comparados e, também, que as pesquisas metodológicas possuam rigor estatístico e metodológico.

2.4.1 Orientações para o processo de adaptação transcultural propostas por Beaton e colaboradores (2000)

As diretrizes descritas a seguir estão baseadas em uma revisão de adaptação transcultural da literatura médica, sociológica e psicológica. Essa revisão levou a uma descrição minuciosa do processo de adaptação projetado para maximizar a obtenção da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre os questionários da fonte e do alvo (BEATON et al., 2000).

Desde a primeira publicação sobre o processo de adaptação transcultural dos autores Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), experiências adicionais na adaptação transcultural dos instrumentos genéricos e específicos, bem como estratégias alternativas conduzidas por diferentes grupos de pesquisa, levaram a alguns refinamentos, os quais serão tratados adiante, na metodologia proposta por esses autores.

Essas orientações servem como um modelo de processo de tradução e adaptação cultural, as quais envolvem a adaptação de itens individuais, as instruções para o questionário e as opções de resposta, conforme o Quadro 1 abaixo.

QUADRO 1 – DESCRIÇÃO DOS ESTÁGIOS DO PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Estágio I – Tradução inicial	<ul style="list-style-type: none"> – Duas traduções do instrumento, da língua original para a língua alvo. – Comparação das traduções para a detecção de discrepâncias e itens ambíguos. – Discussão entre os tradutores. – Produção de um relatório escrito das traduções, explicando a razão das escolhas. – Os dois tradutores devem ter perfis ou origens diferentes. <p>Tradutor 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Deve estar ciente dos conceitos que estão sendo examinados no questionário traduzido. – Suas adaptações têm por objetivo a produção de uma tradução que forneça confiabilidade clínica do ponto de vista da medição. <p>Tradutor 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Não deve ser informado dos conceitos que estão sendo
-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>quantificados e de preferência não deve ter conhecimento médico ou clínico.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Será menos influenciado pela meta acadêmica, por isso oferecerá uma tradução que reflete a língua usada por aquela população, frequentemente frisando significados ambíguos no questionário original.
Estágio II – Síntese das traduções	<ul style="list-style-type: none"> – Os dois tradutores reúnem-se e uma síntese dessas duas traduções é realizada, produzindo em consenso uma tradução em comum, denominada T-12. – Um relatório escrito documenta o processo (problemas enfrentados e resolvidos).
Estágio III – Retrotradução	<ul style="list-style-type: none"> – A partir da versão T-12 é feita a retrotradução do questionário, para a língua original. – Duas retrotraduções são o mínimo. Essas são chamadas de R1 e R2 e são produzidas por pessoas com idioma de origem (inglês) como língua materna. – Processo de verificação de validade da versão traduzida, a qual deve refletir o mesmo conteúdo das versões originais. – A concordância entre a retrotradução e a versão da fonte original não garante uma tradução avançada e satisfatória, porque pode estar incorreta. Ela simplesmente assegura uma tradução consistente. – A retrotradução é somente um tipo de verificação de validade, salientando inconsistências brutas ou erros conceituais na tradução. – Os dois tradutores não devem ser informados sobre os conceitos explorados e, de preferência, não devem ter conhecimento médico.
Estágio IV – Comitê de especialistas	<ul style="list-style-type: none"> – A composição desse Comitê é crucial para a realização da equivalência transcultural e inclui: metodologistas, profissionais de saúde, profissionais de línguas e os tradutores envolvidos nos estágios anteriores. – Os desenvolvedores originais do questionário estão em contato com o Comitê durante esse processo. – O Comitê deverá consolidar todas as versões do questionário e desenvolver o que poderia ser considerada a versão pré-final para o pré-teste. – O Comitê revisará o questionário original e todas as traduções (T-1, T-2, T-12, R1, R2), e chegará a um consenso sobre qualquer discrepância juntamente com os relatórios escritos correspondentes (que explicam a razão de cada decisão em fases anteriores). – O Comitê tomará decisões e documentará as questões e a razão para ter sido tomada uma decisão sobre elas, com o objetivo de alcançar a equivalência entre a fonte e a versão-alvo nas quatro áreas seguintes: <ul style="list-style-type: none"> Equivalência Semântica. As palavras significam a mesma coisa? Os seus múltiplos significados servem para o item determinado? Há dificuldades gramaticais na tradução? Equivalência Idiomática. Coloquialismos, ou expressões idiomáticas, são difíceis de traduzir. O Comitê pode ter que formular uma expressão equivalente na versão-alvo. Equivalência Empírica. Em um país ou cultura diferente, uma determinada tarefa pode não ser equivalente (mesmo que seja traduzível). Nesse caso, o item do questionário teria de ser substituído por um similar que de fato seja experimentado na cultura-alvo. Equivalência conceitual. As palavras têm diferentes significados conceituais entre culturas. Por isso, se necessário, os processos de tradução e de retrotradução devem ser

	repetidos para esclarecer como certa expressão de um item funcionaria. A vantagem da presença de todos os tradutores no Comitê é que tarefas como essas podem ser realizadas na ocasião. Os tradutores devem também ter certeza de que está sendo seguida a recomendação geral para os questionários – o questionário final deve ser entendido por uma pessoa com o equivalente a 12 anos de idade.
Estágio V – Teste da versão pré-final ou pré-teste	<ul style="list-style-type: none"> – A etapa final do processo de adaptação é o pré-teste do novo questionário, na qual se procura usar a versão pré-final em assuntos ou pacientes, a partir da definição dos objetivos. – Cada pessoa responde totalmente ao questionário e é entrevistada para se averiguar o que ela entendeu sobre cada item, bem como a razão para a escolha da resposta. Isso assegura que a versão adaptada esteja ainda, numa situação aplicada, retendo sua equivalência. – Idealmente o teste deve contemplar entre 30 e 40 pessoas. – Caso a versão final não atinja um nível satisfatório de equivalência, nova revisão poderá ser feita pelo Comitê. – O processo descrito fornece uma medida de qualidade quanto à validade de conteúdo. Recomenda-se um teste adicional para a retenção das propriedades psicométricas.
Estágio VI – Apresentação da Documentação para os Desenvolvedores ou Comitê de Coordenação para Avaliação do Processo de Adaptação	O estágio final é a submissão de todos os relatórios e formulários ao desenvolvedor do instrumento. É um processo de auditoria que informa todos os passos e relatórios necessários que foram seguidos. Não cabe ao órgão ou Comitê alterar o conteúdo, pois supõe-se que, seguindo esse processo, uma tradução razoável foi alcançada.

FONTE: BEATON et al., 2000, op. cit., tradução e adaptação nossas.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresenta-se o tipo de estudo, os aspectos éticos da pesquisa, os participantes e os procedimentos adotados no processo de tradução e adaptação transcultural, com uma breve explanação dos acontecimentos de cada fase (os quadros com as informações completas estão disponíveis nos apêndices deste estudo). Por fim, apresenta-se a análise dos dados com a etapa adicional realizada, na qual se obtiveram as estatísticas provenientes da avaliação das propriedades psicométricas utilizadas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo metodológico, pois faz menção às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando, quanto à adaptação transcultural, da elaboração, validação e avaliação do instrumento. A meta, nesse tipo de estudo, é a adaptação de um instrumento que seja precisa e utilizável na língua portuguesa, assim podendo ser aplicado por outros pesquisadores (POLIT; HUNGLER, 2004).

Com a tradução e adaptação transcultural de instrumentos são possíveis comparações a respeito de fenômenos no contexto internacional, tendo em vista que se mensura o mesmo fenômeno, de forma similar, em culturas diferentes. No entanto, a adaptação transcultural é uma tarefa que necessita de planejamento e de precisão quanto à manutenção do seu conteúdo, das suas características psicométricas e da sua validade para a população a que se destina (CLARO et al., 2012; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

A tradução transcultural do *Clinical Competence Questionnaire*, com base no referencial metodológico de Beaton et al. (2000), compreendeu os seguintes passos: tradução, síntese, retrotradução, revisão pelo Comitê de Especialistas, pré-teste, verificação das propriedades psicométricas (etapa adicional) e apresentação, aos desenvolvedores, do processo de adaptação transcultural.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado, sob n. 031754/2015, pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba. A autorização para o processo de adaptação cultural do instrumento *Clinical Competence Questionnaire* foi obtida com o autor principal do instrumento (Apêndice 1). Também foi solicitada autorização da Coordenação dos Cursos de Enfermagem (Universidades A [pública] e B [privada]) para a realização do pré-teste com os estudantes concluintes da graduação em enfermagem (Apêndices 2 e 3) (BRASIL, 2012).

Após a aprovação pelo CEP os participantes tradutores, retrotradutores, especialistas e juízes foram convidados, via *e-mail*, por meio de carta-convite (Apêndices 4 a 8), recebendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices 8 a 10) e o questionário que seria traduzido, em formato modificado pela pesquisadora (Apêndice 13).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi composta por quatro participantes tradutores bilíngues (dois para tradução e dois para retrotradução), cinco enfermeiros especialistas, dois profissionais de linguística (Comitê de Especialistas) e 43 estudantes.

Nesta pesquisa foi estabelecida uma amostragem intencional, na qual foram incluídos especialistas que residiam no Brasil, dispostos a participar do estudo e que atendiam aos critérios de inclusão: enfermeiro (mestre ou doutor) com conhecimento na área de competências de instituições hospitalares ou docência.

Para a seleção dos especialistas foi realizada uma busca em bancos de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Figura 3), na qual se utilizaram as palavras-chave “Competência Clínica” e “Enfermagem”. Foram convidados 12 profissionais, sete dos quais participaram da pesquisa.

FIGURA 3 – BUSCA DOS ESPECIALISTAS NA PLATAFORMA DO CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPQ)

Buscar Currículo Lattes (Busca Simples) [Busca Avançada](#)

Buscar por:

Selecione o modo de busca ☒ Nome ☐ Assunto(Título ou palavra chave da produção)

Nas bases: ☒ Doutores ☐ Demais pesquisadores (Mestres, Graduados, Estudantes, Técnicos, etc.)

Nacionalidade: ☒ Brasileira ☐ Estrangeira

País de nacionalidade: Todos

Tipo de filtro

[Filtros](#) [Preferências](#)

☐ Bolsistas de Produtividade do CNPq ☐ Outros Bolsistas do CNPq

☐ Formação Acadêmica/Titulação ☐ Nível do Curso de Pós-graduação onde é Docente

☐ Atuação profissional ☐ Atividade de Orientação

☐ Idioma ☐ Áreas ou Setores da Produção em C&T

☐ Atividade Profissional (Instituição) ☐ Presença no Diretório de Grupos de pesquisa

[Buscar](#)

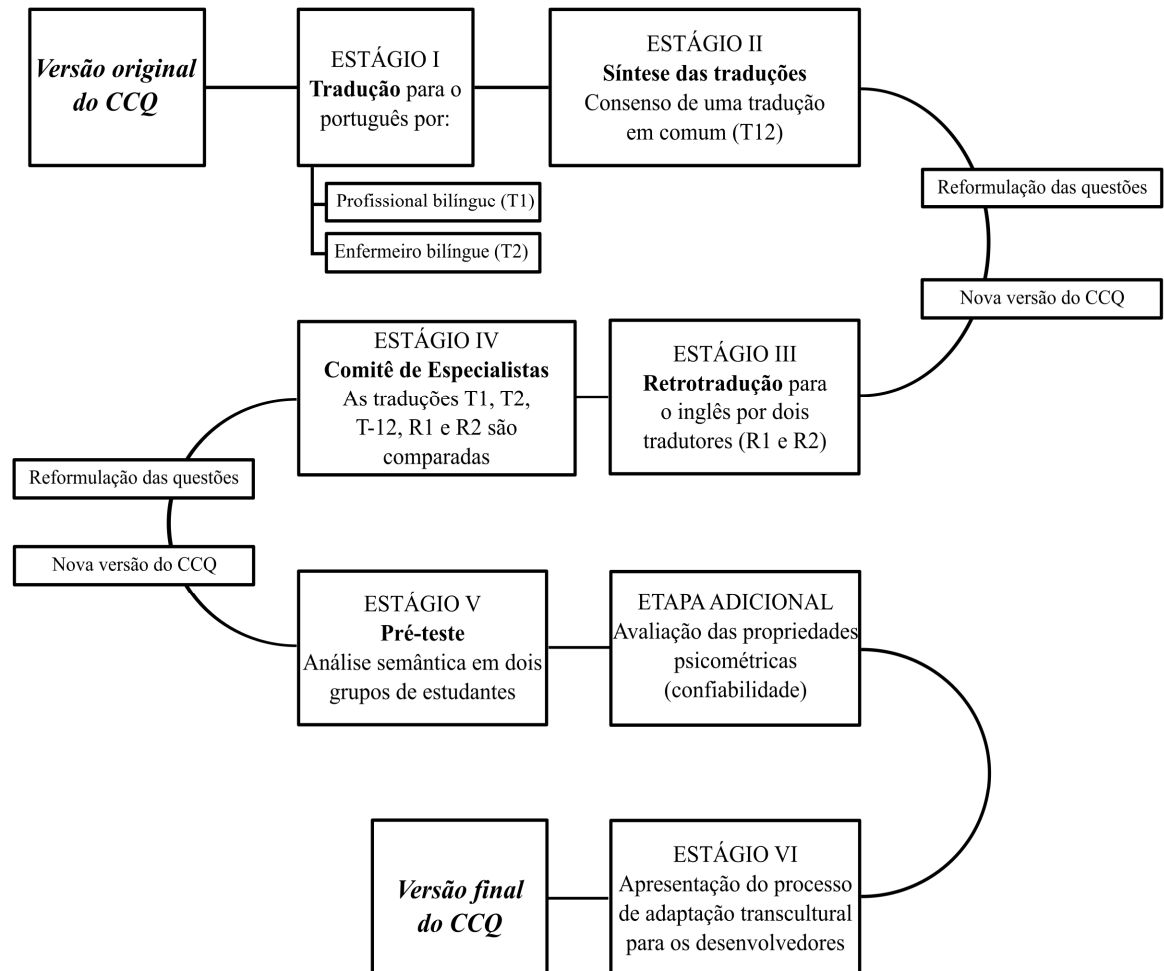
Fonte: O autor (2015).

Quanto às Instituição de Ensino Superior nas quais foi realizado o pré-teste, foram escolhidas de forma intencional, levando-se em conta o seguinte critério: haver uma amostra de no mínimo 20 estudantes do bacharelado em enfermagem que estivessem no último semestre da graduação, regularmente matriculados e que estivessem cursando todas as disciplinas previstas.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO CCQ

Os procedimentos para coleta de dados estão representados esquematicamente na Figura 4, abaixo.

FIGURA 4 – APRESENTAÇÃO DAS ETAPAS METODOLÓGICAS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS (QCC) PARA USO NO BRASIL



Fonte: O autor (2015).

No **estágio I** modificou-se, antes do início das etapas, a formatação e composição da aparência do instrumento, submetendo-se a nova versão aos desenvolvedores. Posteriormente realizou-se a tradução por dois tradutores bilíngues (T1 e T2), de forma independente. O primeiro deles não possuía conhecimento da área de ciências da saúde, e o segundo era um enfermeiro. As pesquisadoras (orientadora e orientanda) avaliaram e compararam as traduções, conforme demonstrado abaixo. A seguir, obtiveram a primeira versão consensual em português. Os quadros com as informações referentes a cada estágio encontram-se disponíveis nos Apêndices 13 a 15.

No **estágio II** foi realizada a síntese das traduções durante uma reunião de consenso, com as duas versões do CCQ sendo comparadas e discutidas, havendo a contribuição dos tradutores, orientadores e do pesquisador. Essa etapa foi documentada, sendo registradas as reformulações necessárias. Ocorreram discussões quanto às discrepâncias até que se chegasse a um consenso a respeito da elaboração da versão destinada à retrotradução do instrumento. Uma segunda versão do questionário foi formatada e obteve-se a síntese da tradução.

Traduções

QUADRO 2 – CONSENSO DAS TRADUÇÕES INICIAIS

Versão Original	T1 PROF.	T2 PROF. ^a	Versão T12
	Comportamentos profissionais de enfermagem:	Comportamentos profissionais da enfermagem:	Comportamentos profissionais de enfermagem:
1. Following health and safety precautions	1. Segue as precauções de saúde e segurança	1. Seguimento de precauções de saúde e segurança	1. Segue as precauções de saúde e segurança
2. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to self	2. Toma medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si mesmo	2. Adoção de medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si	2. Adota medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si mesmo

Fonte: O autor (2015).

No **estágio III** foram convidados dois tradutores que não participaram da primeira etapa, que não receberam informações sobre os conceitos que estavam sendo trabalhados e que tinham conhecimento sobre a língua materna do instrumento de origem. Uma terceira versão consensual do questionário foi formatada em inglês, obtendo-se a retrotradução.

Retrotraduções

QUADRO 3 – COMPARAÇÃO DAS RETROTRADUÇÕES

Original	R1	R2	
Comportamentos profissionais de enfermagem:	Nursing Professional Attitudes	Professional nursing behaviors	Nursing professional behaviors: (1-16)
1. Segue as precauções de saúde e segurança	1. Follow health and safety precautions	1. Follow (s) health and safety precautions	Item 1. Follow health and safety precautions

2. Adota medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si mesmo	2. Uses proper measures to prevent or minimize the risk of self harm	2. Follows adequate measures to prevent or minimize the risk of injury to self	Item 2. Uses proper measures to prevent or minimize the risk of injury to self
---------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: O autor (2015).

No **estágio IV** foi realizada, após a retrotradução, reunião com sete especialistas (Comitê de Especialistas), todas com experiência na temática e fluência na língua inglesa (todas apresentavam, ainda, titulação de mestre e doutor), que avaliaram todas as versões traduzidas e as retrotraduzidas, para elaboração de uma quarta versão, em português, do instrumento, que foi utilizada no pré-teste.

QUADRO 4 – CONSENSO APÓS COMITÊ DE ESPECIALISTAS

	Consenso após Tradução (T1 e T2)	Consenso após Retrotradução (R1 e R2)	Decisão do Comitê de Especialistas
Nursing professional behaviors: (1-16)	Comportamentos profissionais de enfermagem:	Comportamentos profissionais de enfermagem:	Comportamentos profissionais de enfermagem:
Item 1. Follow health and safety precautions	Segue as precauções de saúde e segurança	Sigo as precauções de saúde e segurança	Item 1. Sigo as precauções de saúde e segurança.
Item 2. Uses proper measures to prevent or minimize the risk of injury to self	Adota medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si mesmo	Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para <u>si mesmo</u>	Item 2. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para mim

Fonte: O autor (2015).

No **estágio V** foi realizado o pré-teste do instrumento, bem como procedeu-se a aplicação do questionário a 43 estudantes concluintes da graduação de enfermagem (15 de uma instituição pública e 28 de uma instituição privada, ambas na cidade de Curitiba, PR), entre os dias 13 e 20 de novembro de 2015.

A pesquisadora compareceu às instituições em horários sugeridos pelas coordenadoras dos cursos de enfermagem, de forma a não atrapalhar as atividades finais do semestre. A pesquisadora forneceu o TCLE (Apêndice 12) para os interessados em participar do estudo e o instrumento, ao qual os estudantes levaram em média 20 minutos para responder.

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA CLÍNICA (QCC)

Prezado (a) estudante

O QCC é um tipo de escala de auto-avaliação sobre competências clínicas, cujas respostas variam de 1 a 5 conforme demonstrado abaixo:

<i>Não tenho conhecimento sobre o procedimento</i> (1)	<i>Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática.</i> (2)	<i>Conheço na teoria e posso realizar em partes na prática.</i> (3)	<i>Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão.</i> (4)	<i>Conheço na teoria, sou competente na prática e não necessito de supervisão.</i> (5)
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Instruções:

Responda ao questionário de acordo com o número que você considera o mais apropriado ao seu nível de competência clínica, marcando um X em cima do número escolhido.

Comportamentos profissionais da enfermagem:		Item adequado ao questionário () Sim () Não Se não, por quê?
47. Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água	<input checked="" type="checkbox"/> (2) (3) (4) (5)	"Desconheço (não lembro)"
48. Realizo cuidados com curativos	(1) (2) (3) (4) <input checked="" type="checkbox"/> (5)	Não houve comentários entre os respondentes para esta questão

No **estágio VI** houve a apresentação, para os desenvolvedores, do processo de adaptação transcultural. O convite para a apresentação foi feito via *e-mail*, submetendo-se ainda aos desenvolvedores uma síntese dos relatórios, com a versão traduzida.

Etapa adicional

Optou-se pela realização de uma etapa adicional, a qual consistiu no envio do instrumento para dois especialistas, para verificação da adequação do instrumento. A validade de conteúdo foi determinada por um Comitê de Juízes, no qual se analisou a relevância de cada item do instrumento. Trata-se de uma etapa importante no desenvolvimento de novas medidas, porque reproduz o início da utilização de mecanismos que visam associar conceitos abstratos e indicadores mensuráveis e observáveis (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A clareza e a compreensão da última versão (com 48 itens) do QCC foi avaliada pelos juízes, verificando-se a relação entre os itens e o constructo do questionário, e entre o domínio correspondente e a adequação de cada item (adequado, muitíssimo adequado, consideravelmente adequado e não adequado).

Além disso disponibilizou-se, nessa verificação, espaço para comentários ou sugestões dos juízes.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Nos estágios I e II optou-se por transcrever a gravação das reuniões e analisar qualitativamente os resultados, adequando-os às sugestões dos itens avaliados. Assim, foram produzidos relatórios para cada versão traduzida do inglês para o português, bem como relatório do consenso desta fase, na qual se originou a versão T-12 do instrumento, a qual considera as equivalências semântica, idiomática, empírica e conceitual.

A seguir, foram analisados dois relatórios para cada versão retrotraduzida. Mediante esses relatórios e o questionário original, foram analisadas as questões alteradas e a razão da tomada de decisão sobre elas. Os resultados destes estágios serão apresentados em quadros, no capítulo a seguir.

Na sequência a análise ocorreu a partir do relatório feito após a reunião do Comitê de Especialistas, que teve por objetivo a versão final do questionário de competências clínicas, bem como a partir das informações fornecidas pelos estudantes durante a fase do pré-teste.

No pré-teste as análises estatísticas foram realizadas por um profissional estatístico, utilizando-se do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23. Foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach na análise da confiabilidade (consistência interna), além do coeficiente de correlação intraclasse, para verificar a reprodutibilidade do instrumento no pré-teste. Posteriormente foram realizadas as validades de face e de conteúdo, mediante submissão do instrumento para a análise por dois juízes.

A confiabilidade de um teste pode indicar até que ponto as diferenças nos escores dos itens são decorrentes de variações na característica examinada e não de erros casuais. Ela também se refere à estabilidade dos resultados de um teste, ou seja, ao grau de consistência e precisão dos escores. Operacionalmente, a reprodutibilidade pode ser definida como o coeficiente de correlação entre, pelo menos, duas medidas, e há diferentes métodos para calculá-la.

Quanto à validação da confiabilidade a análise foi realizada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, o qual serve para calcular o grau de homogeneidade

ou semelhança dos diversos itens ou questões de um mesmo questionário. O coeficiente mede a correlação entre respostas, em um questionário, por meio da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. Varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade da escala.

Conforme Nunnally (1978), um valor de pelo menos 0,70 reflete uma fidedignidade aceitável. Streiner (2003) também aponta que o valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70, e que abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Contudo, alguns valores inferiores são aceitos na literatura (BROWN, 2002; SANTOS, 1999), e valores de alfa de Cronbach maiores que ou igual a 0,60 podem ser considerados normais quando os itens do questionário definem uma escala multifatorial. Por outro lado, o valor máximo esperado para o alfa é 0,90; acima disso, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados. Neste estudo foi considerado que valores acima de 0,70 para o alfa apresentam confiabilidade aceitável.

O coeficiente de correlação intraclass (em inglês, *Intraclass correlation coefficient* – ICC) é uma das ferramentas estatísticas mais utilizadas para a mensuração da confiabilidade de medidas (itens). Ele pode ser utilizado na mensuração da homogeneidade de duas ou mais medidas e é interpretado como a medida da proporção da variabilidade total atribuída ao objeto medido (LAUREANO, 2011), podendo avaliar a consistência interna (concordância) entre os itens. A interpretação dos valores do ICC, segundo Weir (2005), está apresentada a seguir:

QUADRO 5 – INTERPRETAÇÃO DOS VALORES DO ICC DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS POR WEIR (2005)

Valores	Confiabilidade
0,00 a 0,20	Pobre
0,21 a 0,40	Razoável
0,41 a 0,60	Boa
0,61 a 0,80	Muito Boa
0,81 a 1,00	Excelente

Fonte: WEIR, 2005, op. cit.

4 RESULTADOS

Nesse capítulo apresentam-se os resultados dos estágios I, II, III, IV e V do Processo de Tradução e Adaptação Transcultural, para uso no Brasil, do *Clinical Competence Questionnaire (CCQ)*.

Todas as reuniões de consenso foram gravadas, apresentando-se uma síntese das principais discussões, com as modificações sugeridas e as justificativas dos profissionais envolvidos nas análises.

A adaptação transcultural do CCQ, do inglês para o português, resultou, após a reunião com os especialistas, em cinco versões, a qual transformou-se em uma versão que foi pré-testada por estudantes concluintes de dois cursos de enfermagem e posteriormente retrotraduzida e enviada aos desenvolvedores.

Os resultados de cada estágio são apresentados em quadros, nos quais são demonstrados as diversas fases do processo de tradução e adaptação transcultural, os resultados do pré-teste e da etapa adicional e a versão final do CCQ, retrotraduzida, que foi enviada para os autores.

O instrumento *Clinical Competence Questionnaire* (versão original) apresentado anteriormente consiste em 47 itens que representam competências categorizadas, tanto em *Comportamentos Profissionais da Enfermagem* (parte A – itens 1 a 16) quanto em *Competências e Habilidades* (parte B – itens 17 a 47). A pontuação total é de 47 a 235, com maior pontuação indicando maior nível de competência da enfermagem.

O instrumento usa uma escala Likert de cinco pontos para medir o nível de competência clínica dos estudantes concluintes da graduação em enfermagem. A pontuação de resposta ao item da escala vai de 1 (*não tem a menor ideia*) a 5 (*sabe na teoria e é competente na prática, mesmo sem qualquer supervisão*).

Resumidamente, os itens do *Clinical Competence Questionnaire* avaliam como competência da enfermagem: – cuidados seguros, – ética profissional, – avaliação, – pensamento clínico, – colaboração e comunicação, – rotinas básicas da enfermagem e – habilidades técnicas – todas consideradas competências clínicas apropriadas e necessárias para o primeiro ano de prática de graduandos do bacharelado em enfermagem (LIOU; CHENG, 2014).

4.1 ESTÁGIOS I, II, III e IV

Para melhor apresentação dos resultados desses estágios optou-se por agrupar as respostas dos tradutores e a decisão do consenso, bem como a retrotradução e a decisão do Comitê de Especialistas. A primeira análise foi quanto à legenda do instrumento original, conforme quadro abaixo:

QUADRO 6 – VERSÃO ORIGINAL DA LEGENDA DO CCQ, OPÇÕES DE RESPOSTA DOS TRADUTORES INICIAIS, DECISÃO DO CONSENSO, RETROTRADUÇÃO E DECISÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS. CURITIBA, PR, 2015

Versão original	Tradução T1	Tradução T2	Decisão do Consenso	Retrotradução	Decisão dos especialistas
Means Do not have a clue (1)	Significa que não tem a menor ideia	Significa que não tem a menor ideia	(1) Significa que não tem a menor a ideia.	It means I have no knowledge about the procedure	“Não tenho conhecimento sobre o procedimento” (1)
Is know in theory, but not confident at all in practice (2)	É conhecido na teoria, mas não está realmente confiante na prática	É conhecido na teoria, mas não absolutamente seguro na prática	(2) É conhecido na teoria, mas não está totalmente seguro na prática.	I know on theory, but I’m not sure in practice	“Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática” (2)
Is know in theory, can perform some parts in practice (3)	É conhecido na teoria, e pode realizar algumas partes na prática	É conhecido na teoria, pode Realização de, em parte, na prática	(3) É conhecido na teoria, e pode realizar em parte na prática.	It means I know the procedure in theory and I can perform it partially	“Conheço na teoria e posso realizar em parte na prática” (3)
Is know in theory, competent in practice, need supervision (4)	É conhecido na teoria, competente na prática, mas precisa supervisão	É conhecido na teoria, competente na prática, necessita supervisão.	(4) É conhecido na teoria, competente na prática, mas precisa de supervisão.	I know on theory, I’m competent in practice, but I need supervision	“Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão” (4)
Is know in theory, competent in practice without supervision (5)	É conhecido na teoria, competente na prática, mas sem supervisão	É conhecido na teoria, competente na prática, sem supervisão	(5) É conhecido na teoria, competente na prática, sem supervisão.	I know on theory, I’m competent in practice, without supervision	“Conheço na teoria, sou competente na prática e não <u>necessito de supervisão</u>” (5)

Fonte: O autor (2015).

A principal modificação foi na frase *“Significa que não tem a menor ideia”*. Um dos tradutores sugeriu a reformulação da frase para *“Não sei o que significa”* e outro *“Não tenho conhecimento sobre o procedimento”* sugestão que foi aceita pelos demais tradutores.

QUADRO 7 – VERSÃO ORIGINAL *PARTE A* DO CCQ, OPÇÕES DE RESPOSTA DOS TRADUTORES INICIAIS, DECISÃO DO CONSENSO, RETROTRADUÇÃO E DECISÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS. CURITIBA, PR, 2015

Versão original	Tradução T1	Tradução T2	Decisão do consenso	Retrotradução	Decisão dos especialistas
Nursing professional behaviors	Comportamentos profissionais de enfermagem:	Comportamentos profissionais da enfermagem:	Comportamentos profissionais da enfermagem	Professional nursing behaviors	Comportamentos profissionais de enfermagem:
1. Following health and safety precautions	Segue as precauções de saúde e segurança	Seguimento de precauções de saúde e segurança	1. Segue as precauções de saúde e segurança	1. Follow health and safety precautions	Item 1. Sigo as precauções de saúde e segurança.
2. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to self	Toma medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si mesmo	Adoção de medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si	2. Adota medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si mesmo	2. Use proper measures to prevent or minimize the risk of injury to myself	Item 2. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para mim
3. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to patients	Toma medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	Adoção de medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	3. Adota medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	3. Use proper measures to prevent or minimize risk of injury to patients	Item 3. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes
4. Preventing patients from problem occurrence	Previne os pacientes da ocorrência de problemas	Prevenção de ocorrência de problemas para os pacientes	4. Previne a ocorrência de problemas para os pacientes	4. Prevent the occurrence of problems to patients	Item 4. Previno a ocorrência de eventos adversos ao cuidado do paciente
5. Adhering to the regulation of patients' and families' confidentiality	Adere ao regulamento de confidencialidades de pacientes e famílias	Cumprimento de normas da confidencialidade dos pacientes e familiares	5. Cumpre as normas de confidencialidades de pacientes e familiares	5. Follow patients and family confidentiality rules	Item 5. Cumpro aos princípios éticos de sigilo e confidencialidade de pacientes e familiares
6. Demonstrating cultural competence	Demonstra competência cultural	Demonstração de competência cultural	6. Demonstra competência cultural	6. Demonstrate cultural competence	Item 6. Respeito a *diversidade cultural
7. Adhering to ethical and legal standards of practice	Adere aos padrões éticos e legais da prática do trabalho	Cumprimento de padrões éticos e legais da prática	7. Cumpre aos padrões éticos e legais da prática	7. Follow ethical and legal professional standards	Item 7. Sigo aos princípios éticos e legais da prática profissional
8. Maintaining appropriate appearance, attire, and conduct	Mantém a aparência, vestuário e conduta apropriados	Preservação da aparência, vestuário e de condutas adequadas	8. Mantém a aparência, vestuário e conduta adequados	8. Keep proper appearance, dress and conduct code	Item 8. Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados
9. Understanding patient rights	Compreende os direitos dos pacientes	Compreensão dos direitos dos pacientes	9. Compreende os direitos dos pacientes.	9. Understand patients rights	Item 9. Compreendo os direitos dos pacientes
10. Recognizing and maximizing	Reconhece e maximiza as	Reconhecimento e maximização	10. Reconhece e maximiza	10. Recognize and maximize	Item 10. Reconheço e

opportunity for learning	oportunidades para a sua aprendizagem	de oportunidade de aprendizagem	oportunidades de aprendizagem.	learning opportunities	maximizo as oportunidades de aprendizagem
11. Applying appropriate measures and resources to solve problems	Aplica medidas e recursos apropriados para resolver problemas	Aplicação de medidas e recursos apropriados para a solução de problemas	11. Aplica medidas e recursos apropriados para resolver problemas.	11. Apply proper measures and resources to solve problems	Item 11. Aplico medidas e recursos apropriados para resolver problemas do paciente
12. Applying or accepting constructive criticism	Aplica ou aceita críticas construtivas	Aplicação ou de crítica construtiva	12. Aplica ou aceita críticas construtivas.	12. Apply or accept constructive criticism	Item 12. Aplico ou aceito críticas construtivas
13. Applying critical thinking to patient cares	Aplica o pensamento crítico para o cuidado de pacientes	Aplicação do pensamento crítico ao cuidado do paciente	13. Aplica o pensamento crítico para o cuidado de pacientes.	13. Apply critical thinking to patients care	Item 13. Aplico o pensamento crítico para o cuidado de pacientes
14. Communicating verbally with precise and appropriate terminology in a timely manner with patients and families	Comunica-se verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	Comunicação verbal com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com pacientes e familiares	14. Comunica-se verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	14. Communicate verbally with precise and adequate terminology (vocabulary) and in a timely manner with patients and family (family member)	Item 14. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares
15. Communicating verbally with precise and appropriate terminology in a timely manner with healthcare professionals	15. Comunica-se verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	15. Comunicação verbal com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com profissionais de saúde	15. Comunica-se verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	15. Communicate verbally with precise terminology in a timely manner with health professionals	Item 15. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde
16. Understanding and supporting group goals	16. Compreende e apoia os objetivos do grupo	16. Compreensão e apoio aos objetivos do grupo	16. Compreende e apoia os objetivos do grupo	16. Comprehend and support team goals	Item 16. Compreendo e apoio os objetivos da equipe de profissionais

Fonte: O autor (2015).

Após a avaliação das equivalências semântico-idiomática, conceitual e cultural do CCQ pelos tradutores, as mudanças relacionadas aos termos que deveriam ser adaptados foram realizadas. Do total de 47 itens da versão original, apenas seis (12,7%) foram modificados.

QUADRO 8 – VERSÃO ORIGINAL *PARTE B* DO CCQ, OPÇÕES DE RESPOSTA DOS TRADUTORES INICIAIS, DECISÃO DO CONSENSO, RETROTRADUÇÃO E DECISÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS. CURITIBA, PR, 2015

Skill competencies	Competências e habilidades	Competências de habilidades:	Comportamentos profissionais da enfermagem	Professional nursing behaviors	Comportamentos profissionais de enfermagem:
17. Taking a history for new admissions	Levanta o histórico dos pacientes para novos internamentos	Realização de histórico para novas admissões	17. Realiza o histórico de enfermagem para novas admissões	17. Gather data to nursing documentation for new admissions	Item 17. Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões
18. Performing and documenting patient health assessment	Executa e documenta a avaliação da saúde do paciente	Realização e documentação da avaliação da saúde do paciente	18. Realiza e documenta a avaliação da saúde do paciente	18. Perform and register patient health evaluation	Item 18. Executo e documento a avaliação da saúde do paciente
19. Answering questions for patients or families	Responde a perguntas dos doentes ou familiares	Fornecimento de respostas a perguntas ao paciente e famílias	19. Responde a perguntas dos doentes e familiares	19. Answer questions from patients family	Item 19. Respondo a perguntas dos <u>pacientes</u> e/ou familiares
20. Educating patients or families with disease-related care knowledge	Educa os pacientes ou familiares com os conhecimentos de cuidados relacionados à doença	Educação pacientes ou famílias com conhecimento de cuidados relativos à doença	20. Educa pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relativos à doença	20. Orient patients or family with knowledge related to disease care	Item 20. Oriento pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença
21. Charting and documentation	Cria gráficos e documentações	Registro e documentação	21. Registra e documenta	21. Register and document	Item 21. Realizo registro, documentação e checagem
22. Developing care plan for patients	Desenvolve planos de cuidados para pacientes	Desenvolvimento de plano de cuidados para o paciente	22. Desenvolve plano de cuidados para pacientes	22. Develop patient care plan	Item 22. Desenvolvo plano de cuidados para os pacientes
23. Performing shift report	Executa relatórios de turno	Realização de passagem de plantão	23. Realiza passagem de plantão ok	23. Perform shift records	Item 23. Realizo passagem de plantão
24. Performing hygiene and daily care routines	Executa a higiene e rotinas de cuidados diários	Realização de rotinas de higiene e cuidados diários	24. Realiza higiene e rotinas de cuidados diários ok	24. Perform hygiene and daily care routines	Item 24. Realizo higiene e rotinas de cuidados diários
25. Providing rest and comfort measures	Proporciona o descanso e as medidas de conforto	Implantação de medidas para repouso e conforto	25. Implanta medidas para descanso e conforto	25. Provide rest and comfort measures	Item 25. Providencio medidas para descanso e conforto
26. Assessing nutrition and fluid balance	Avalia a nutrição e o equilíbrio de fluidos	Avaliação da nutrição e balanço hídrico	26. Avalia a nutrição e balanço hídrico	26. Evaluate nutrition and hydric balance	Item 26. Avalio a nutrição e balanço hídrico
27. Assessing elimination	Elimina avaliações	Avaliação da eliminação	27. Avalia eliminações	27. Evaluate eliminations	Item 27. Avalio eliminações
28. Assisting activities and mobility, and changing position	Auxilia nas atividades e na mobilidade, além da mudança de posição do paciente	28. Ajuda em atividades e mobilidade, e na mudança de posição	28. Auxilia em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente	28. Help in activities, mobility and change patient position	Item 28. Auxilio em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente

Versão original	Tradução T1	Tradução T2	Decisão do consenso	Retrotradução	Resultado final
29. Providing emotional and psychosocial support	Proporciona apoio emocional e psicossocial	Fornecimento de apoio emocional e psicossocial	29. Provê apoio emocional e psicossocial	29. Provide emotional and psychosocial support	Item 29. Providencio apoio emocional e psicossocial
30. Performing venipuncture	Efetua punções venosas	Realização de venopunção	30. Realiza venopunção	30. Perform venipuncture	Item 30. Realizo *procedimentos para administração de medicação
31. Starting intravenous injections	Inicia injeções intravenosas	Iniciação de injeções intravenosas	31. Inicia administração injeção intravenosa	31. Initiate intravenous injections	Item 31. Realizo venopunção
32. Changing intravenous fluid bottle or bag	Troca o frasco ou a embalagem de líquido intravenoso	Realização de troca de frascos ou bolsas de solução intravenosa	32. Realiza a troca de frascos ou bolsas de solução intravenosa	32. Perform the change of bottles or bags of intravenous solutions	Item 32. Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa
33. Administering intravenous medications (or into intravenous bags)	Administra medicamentos intravenosos (ou embalagens intravenosas)	Administração de medicações intravenosas (ou dentro de bolsas intravenosas)	33. Administra medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	33. Administer intravenous medications or intravenous solution bags	Item 33. Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa
34. Administering intramuscular medications	Administra medicamentos por via intramuscular	Administração de medicações intramusculares	34. Administra medicamentos por via intramuscular	34. Administer intramuscular medication	Item 34. Administro medicamentos por via intramuscular
35. Performing subcutaneous (or intracutaneous) injection	Executa injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	Realização de injeção subcutânea (ou intradérmica)	35. Administra injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	35. Administer subcutaneous or intradermic injections	Item 35. Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)
36. Administering oral medications	Administra medicamentos orais	Administração de medicações via oral	36. Administra medicamentos orais	36. Administer oral medications	Item 36. Administro medicamentos orais
37. Administering blood transfusion	Administra transfusões de sangue	Administração de transfusão sanguínea	37. Administra transfusões de sangue	37. Administer blood transfusions	Item 37. Administro transfusões de sangue e derivados
38. Performing urinary catheter insertion and care	Executa inserção do cateter urinário e seus cuidados	Realização de inserção de cateter urinário e cuidados	38. Realiza a inserção de cateter urinário e seus cuidados	38. Perform urinary catheter insertion and related care	Item 38. Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados

39. Performing sterile techniques	39. Executa técnicas de assepsia	39. Realização de técnicas estéreis	39. Realiza técnicas estéreis	39. Perform sterile techniques	Item 39. Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado
40. Performing postural drainage and percussion, and oxygen therapy	Executa drenagem e percussão postural, como também oxigenoterapia	Realização de drenagem postural e percussão, e oxigenoterapia	40. Realiza drenagem postural e percussão e oxigenoterapia	40. Perform oxygen therapy, postural drainage and percussion	Item 40. Realizo oxigenoterapia Item 41. Realizo drenagem postural e percussão
42. Performing preoperation/postoperation care	Utiliza rotinas de cuidados no pré e pós-operatório	Realização de cuidados pré-operatórios/pós-operatórios	41. Realiza cuidados pré e pós-operatório	41. Perform pre and post surgery care	Item 42. Realizo cuidados pré-operatórios e pós-operatórios
43. Performing enema	Utiliza rotinas de cuidados na lavagem intestinal	Realização de enema	42. Realiza enema	42. Perform enema	Item 43. Realizo enema/lavagem intestinal
44. Performing upper airway suction	Utiliza rotinas de cuidados na sucção das vias aéreas superiores	Realização de aspiração de vias aéreas superiores	43. Realiza aspiração de vias aéreas superiores	43. Perform upper airway suction	Item 44. Realizo aspiração de vias aéreas superiores
45. Performing tracheotomy care	Utiliza rotinas de cuidados na traqueotomia	Realização de cuidados com traqueostomia	44. Realiza cuidados com traqueostomia	44. Perform tracheostomy care	Item 45. Realizo cuidados com traqueostomia
46. Performing nasogastric tube feeding and care	Utiliza rotinas de cuidados na alimentação por sonda nasogástrica	Realização de alimentação por sonda nasogástrica e cuidados	45. Realiza cuidados de alimentação por sonda nasogástrica	45. Perform nasogastric feeding and care	Item 46. Realizo cuidados com administração de medicamentos e alimentação enteral
47. Performing chest tube care with underwater seal management	46. Utiliza rotinas de cuidados no dreno torácico gerenciando selagem com água	Realização de cuidados com tubo torácico com manejo de selo d' água	46. Realiza cuidados com drenagem torácica em selo d' água	46. Perform chest tube care with underwater seal	Item 47. Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d' água
48. Performing wound dressing care	47. Utiliza rotinas de cuidados em curativos	Realização de cuidados com curativos	47. Realiza cuidados com curativos	47. Perform wound dressing care	Item 48. Realizo cuidados com curativos

Fonte: O autor (2015).

Na reunião de consenso com os tradutores do estágio II a primeira discussão envolveu as opções de respostas da legenda do questionário, do mesmo modo que em relação ao primeiro estágio. Os tradutores (retrotradutores) levantaram a questão de ser um instrumento de autopreenchimento feito por estudantes, e com isso foi percebida a necessidade de alteração das respostas, do seu formato original – *gerúndio* – para a *primeira pessoa do singular*.

A reunião do Comitê de Especialistas possibilitou análises sobre o instrumento e contribuições a ele, inclusive quanto ao seu propósito, às formas de preenchimento e à obtenção de uma nova linguagem, acessível e clara. O Comitê identificou a necessidade de modificação das opções de resposta da escala Likert, para facilitar o entendimento delas por parte dos estudantes. Essa adaptação já havia sido sugerida no estágio III, em reunião com os tradutores da retrotradução.

Em relação às adaptações, seis itens (12,7%) – 4, 6, 21, 30, 40 e 41 – foram modificados, respeitando-se as equivalências semântica, cultural e conceitual, possibilitando a verificação de competências adequadas à realidade brasileira. No entanto, as modificações realizadas não implicaram a perda do sentido original do instrumento. Outros itens, como o 17, 18 e 25, sofreram pequenas adaptações, como demonstra-se a seguir:

- *Item 17*: entre as opções “*levanta*” e “*realização*” optou-se pelo termo “*realiza*”; em relação ao mesmo item surgiram as possibilidades “*novos internamentos*” e “*novas admissões*”, optando-se pelo termo “*novas admissões*”.

- *Item 18*: entre as opções “*executa e documenta*” e “*realização e documentação*”, optou-se por uma variante, “*realiza e documenta*”.

- *Item 25*: entre os termos “*proporciona*” e “*implantação*” considerou-se a possibilidade de uso da palavra “*providencia*”, mas optou-se pelo termo “*implanta*”.

Todos os 41 itens restantes obtiveram um percentual de concordância acima de 85%.

O instrumento final ficou composto de 48 itens, devido ao aumento de um item no segundo domínio – *Competências e Habilidades*, uma vez que os especialistas concordaram que a realização de oxigenoterapia deveria ficar separada da realização de drenagem postural e da percussão.

Após esse estágio, e considerando-se todas as modificações, adaptações e sugestões do Comitê, produziu-se para o pré-teste a versão final do instrumento, em língua portuguesa, o qual é apresentado a seguir:

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA CLÍNICA (QCC)

Prezado (a) estudante

O QCC é um tipo de escala de auto-avaliação sobre competências clínicas, cujas respostas variam de 1 a 5 conforme demonstrado abaixo:

<i>Não tenho conhecimento sobre o procedimento</i> (1)	<i>Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática.</i> (2)	<i>Conheço na teoria e posso realizar em partes na prática.</i> (3)	<i>Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão.</i> (4)	<i>Conheço na teoria, sou competente na prática e não necessito de supervisão.</i> (5)
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Instruções:

1. Responda ao questionário de acordo com o número que você considera o mais apropriado ao seu nível de competência clínica, marcando um X em cima do número escolhido.

Comportamentos profissionais da enfermagem:					
1. Sigo as precauções de saúde e segurança	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para mim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Previno a ocorrência de *eventos adversos ao cuidado do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Cumpro aos princípios éticos de sigilo e confidencialidade de pacientes e familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Respeito a *diversidade cultural	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Sigo aos princípios éticos e legais da prática profissional	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Compreendo os direitos dos pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Reconheço e maximizo as oportunidades de aprendizagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Aplico medidas e recursos apropriados para resolver problemas do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Aplico ou aceito críticas construtivas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Aplico o pensamento crítico para o cuidado de pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Compreendo e apoio os objetivos da equipe de profissionais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Competências/Habilidades:					
17. Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Executo e documento a avaliação da saúde do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Respondo a perguntas dos pacientes e/ou familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Oriento pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Realizo registro, documentação e checagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Desenvolvo plano de cuidados para os pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Realizo passagem de plantão	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Realizo higiene e rotinas de cuidados diários	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Providencio medidas para descanso e conforto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Avalio a nutrição e balanço hídrico	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Avalio eliminações	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

28. Auxílio em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Providencio apoio emocional e psicossocial	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Realizo *procedimentos para administração de medicação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Realizo venopunção	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Administro medicamentos por via intramuscular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Administro medicamentos orais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Administro transfusões de sangue e derivados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. Realizo oxigenoterapia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41. Realizo drenagem postural e percussão	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42. Realizo cuidados pré-operatórios e pós-operatórios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43. Realizo enema / lavagem intestinal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44. Realizo aspiração de vias aéreas superiores	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45. Realizo cuidados com traqueostomia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46. Realizo cuidados com administração de medicamentos e alimentação enteral	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47. Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48. Realizo cuidados com curativos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obs.:A pontuação total é de 48 a 240, com maior pontuação indicando maior nível de competência da enfermagem.					

GLOSSÁRIO

*Diversidade cultural	Refere-se aos diferentes costumes de uma sociedade, entre os quais podemos citar: vestimenta, culinária, manifestações religiosas, tradições, entre outros aspectos. Demonstração de respeito às diferentes culturas.
*Eventos adversos:	Incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente.
*Procedimentos para administração de medicação:	Referem-se aos 11 certos na administração de medicação. 1. Paciente certo, 2. Medicação certa, 3. Via certa, 4. Dose certa, 5. Hora certa, 6. Anotação/registro da administração certa, 7. Orientação ao paciente certa, 8. Direito de recusar ao medicamento, 9. Compatibilidade medicamentosa, 10. Validade certa, 11. Aspecto da medicação certa.

REFERÊNCIAS

1. **Diversidade Cultural no Brasil.** Disponível em: <<http://www.mundoeducacao.com/geografia/diversidade-cultural-no-brasil.htm>> Acesso em 6/11/ 2015.
2. **Evento adverso.** Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação evento adverso. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/proqualis-ganha-p%C3%A1gina-sobre-eventos-adversos>> Acesso em: 6/11/15.
3. **Erros de medicação.** Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/fernandoamendola/erros-de-medicao-26494806>> Acesso em 6/11/2015.
4. BRASIL. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.** Ministério da Saúde, ANVISA. FIOCRUZ; FHEMIG. 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmwD8.pdf>> Acesso em 9/11/2015.

4.2 ESTÁGIO V

Na sequência apresentam-se os resultados desta fase V e a análise estatística referente à aplicação do instrumento aos estudantes concluintes da graduação em enfermagem nas duas instituições de ensino (denominadas *A* e *B*), totalizando-se uma amostra de 43 respondentes.

De maneira geral os estudantes (denominados como *E1* a *E43*) avaliaram-se como clinicamente competentes, sendo 238 a maior pontuação e 202 a menor. Em relação à avaliação dos estudantes sobre a adequação dos itens do instrumento, a maioria (99,43%) considerou os itens adequados, havendo poucos comentários com sugestões de melhorias ao instrumento. Houve alguns comentários quanto a dúvidas relacionadas à interpretação das questões.

A respeito dos estudantes da Instituição A (total de 15 respondentes), cinco deles (33%) fizeram observações sobre o questionário.

A estudante *E1* observou, em relação ao item 47 (*“Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d’água”*), que se sentia competente na teoria e na prática sem supervisão devido à sua vivência fora da faculdade.

A estudante *E3*, quanto aos itens 30 (*“Realizo *procedimentos para administração de medicação”*), 37 (*“Administro transfusões de sangue e derivados”*), 38 (*“Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados”*); 40 (*“Realizo oxigenoterapia”*) e 48 (*“Realizo cuidados com curativos”*), afirmou ter tido pouca oportunidade de praticar na graduação, tendo recebido, contudo, embasamento teórico.

A *E5*, em relação ao item 26 (*“Avalio nutrição e balanço hídrico”*), assinalou a necessidade por uma disciplina ou por horas de curso sobre nutrição e avaliação do paciente quanto à administração da dieta e quanto à observação desta de acordo com a idade do paciente.

A *E14*, referindo-se ao item 1 (*“Sigo as precauções de saúde e segurança”*), considerou pertinente o tema da questão, mas achou sua formulação confusa, não permitindo identificar se a questão se referia ao uso de EPIs pelo profissional, pelo paciente ou por ambos. A mesma estudante, sobre o item 16, questiona: “Fiquei confusa com a questão. Que objetivos seriam?”

Sobre o item 41, a estudante *E15* escreveu: “Desconheço o que seja drenagem postural”.

2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	43	89,58
2	1	48	48	100,00
2	1	48	47	97,92
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	31	31	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	48	100,00
2	1	48	47	97,92
2	1	48	47	97,92
2	1	48	47	97,92
2	1	48	48	100,00
2	1	31	29	93,55
Total		1934	1923	99,43

FONTE: O autor (2015).

LEGENDA: * 1 Pública, 2 Privada;

** 1 Diurno, 2 Noturno;

*** Número de itens do questionário.

QUADRO 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DA CONFIABILIDADE DO QCC DE ACORDO COM OS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE, CURITIBA, 2015

Itens/ Questões/Domínios	N	Mean	Std. Deviation
Q1.Sigo as precauções de saúde e segurança	43	4,74	0,49
Q2.Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para mim	43	4,81	0,45
Q3.Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	43	4,53	0,70
Q4.Previso a ocorrência de eventos adversos ao cuidado do paciente	43	4,51	0,67
Q5.Cumpro aos princípios éticos de sigilo e confidencialidade de pacientes e familiares	43	4,95	0,30
Q6.Respeito a diversidade cultural	43	4,95	0,30
Q7.Sigo aos princípios éticos e legais da prática profissional	43	4,79	0,47
Q8.Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados	43	4,86	0,47
Q9.Compreendo os direitos dos pacientes	43	4,53	0,77
Q10.Reconheço e maximizo as oportunidades de aprendizagem	43	4,53	0,70
Q11.Aplico medidas e recursos apropriados para resolver problemas do paciente	43	4,09	0,87
Q12.Aplico ou aceito críticas construtivas	43	4,70	0,56
Q13.Aplico o pensamento crítico para o cuidado de pacientes	43	4,35	0,81
Q14.Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	43	4,28	0,85
Q15.Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	43	4,30	0,80
Q16.Compreendo e apoio os objetivos da equipe de profissionais	43	4,58	0,73
Q17.Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões	43	4,49	0,83
Q18.Executo e documento a avaliação da saúde do paciente	43	4,70	0,51
Q19.Respondo a perguntas dos pacientes e/ou familiares	43	4,56	0,67
Q20.Oriento pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença	43	4,44	0,63
Q21.Realizo registro, documentação e checagem	43	4,81	0,39
Q22.Desenvolvo plano de cuidados para os pacientes	43	4,63	0,54
Q23.Realizo passagem de plantão	43	4,77	0,57
Q24.Realizo higiene e rotinas de cuidados diários	43	4,88	0,45
Q25.Providencio medidas para descanso e conforto	43	4,63	0,69
Q26.Avalio a nutrição e balanço hídrico	43	4,09	0,95

Q27.Avalio eliminações	43	4,84	0,48
Q28.Auxilio em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente	43	4,79	0,51
Q29.Providencio apoio emocional e psicossocial	43	4,26	0,93
Q30.Realizo procedimentos para administração de medicação	43	4,63	0,58
Q31.Realizo venopunção	43	4,70	0,56
Q32.Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa	43	4,77	0,48
Q33.Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	43	4,81	0,39
Q34.Administro medicamentos por via intramuscular	43	4,77	0,68
Q35.Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	43	4,65	0,87
Q36.Administro medicamentos orais	43	4,98	0,15
Q37.Administro transfusões de sangue e derivados	43	3,53	1,18
Q38.Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados	43	4,56	0,67
Q39.Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado	43	4,95	0,21
Q40.Realizo oxigenoterapia	43	4,70	0,67
Q41.Realizo drenagem postural e percussão	43	3,09	1,46
Q42.Realizo cuidados pré-operatórios e pós-operatórios	43	4,35	0,95
Q43.Realizo enema / lavagem intestinal	43	4,21	0,99
Q44.Realizo aspiração de vias aéreas superiores	43	4,30	0,89
Q45.Realizo cuidados com traqueostomia	43	3,98	1,01
Q46.Realizo cuidados com administração de medicamentos e alimentação enteral	43	4,42	0,70
Q47.Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água	43	3,74	1,35
Q48.Realizo cuidados com curativos	43	4,77	0,53
Total q1 a q16		73,53	5,61
Total q17 a q48		143,79	10,97
Total q1 a q48			

FONTE: O autor (2015).

Para a obtenção da estatística de confiabilidade total, considerando-se os 48 itens do QCC, obteve-se coeficiente alfa de Cronbach de 0,9052 considerado excelente (SIQUEIRA et al.2013).

Para o conjunto de itens 1 a 16 o valor do coeficiente foi 0,83, enquanto que para o dos itens 17 a 48 o valor obtido foi 0,87 considerados bons, uma vez que quanto mais alto o valor, maior a consistência interna da medida (SIQUEIRA et al.2013).

QUADRO 11 – DISTRIBUIÇÃO DO COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DAS QUESTÕES DO QCC, SEGUNDO PARTICIPANTES DO PRÉ TESTE, CURITIBA, 2015

Correlations item / total geral q1 a q 16		Total q1 a q16
Q1.Sigo as precauções de saúde e segurança	Pearson Correlation	0,3867
Q2.Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para mim	Pearson Correlation	0,4362
Q3.Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	Pearson Correlation	0,6690
Q4.Preveno a ocorrência de eventos adversos ao cuidado do paciente	Pearson Correlation	0,6620
Q5.Cumpro aos princípios éticos de sigilo e confidencialidade de pacientes e familiares	Pearson Correlation	0,2096
Q6.Respeito a diversidade cultural	Pearson Correlation	0,4600
Q7.Sigo aos princípios éticos e legais da prática profissional	Pearson Correlation	0,6267
Q8.Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados	Pearson Correlation	0,2562
Q9.Compreendo os direitos dos pacientes	Pearson Correlation	0,6180
Q10.Reconheço e maximizo as oportunidades de aprendizagem	Pearson Correlation	0,4938
Q11.Aplico medidas e recursos apropriados para resolver problemas do paciente	Pearson Correlation	0,7082
Q12.Aplico ou aceito críticas construtivas	Pearson Correlation	0,2887
Q13.Aplico o pensamento crítico para o cuidado de pacientes	Pearson Correlation	0,5478
Q14.Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	Pearson Correlation	0,7429
Q15.Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	Pearson Correlation	0,6873
Q16.Compreendo e apoio os objetivos da equipe de profissionais	Pearson Correlation	0,6418
Correlations item / total geral q17 a q 48		
Q17.Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões	Pearson Correlation	0,2135

Q18.Executo e documento a avaliação da saúde do paciente	Pearson Correlation	0,2548
Q19.Respondo a perguntas dos pacientes e/ou familiares	Pearson Correlation	0,1631
Q20.Oriento pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença	Pearson Correlation	0,2691
Q21.Realizo registro, documentação e checagem	Pearson Correlation	0,4096
Q22.Desenvolvo plano de cuidados para os pacientes	Pearson Correlation	0,2903
Q23.Realizo passagem de plantão	Pearson Correlation	0,5815
Q24.Realizo higiene e rotinas de cuidados diários	Pearson Correlation	0,3196
Q25.Providencio medidas para descanso e conforto	Pearson Correlation	0,5517
Q26.Avalio a nutrição e balanço hídrico	Pearson Correlation	0,4764
Q27.Avalio eliminações	Pearson Correlation	0,4592
Q28.Auxilio em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente	Pearson Correlation	0,4096
Q29.Providencio apoio emocional e psicossocial	Pearson Correlation	0,5968
Q30.Realizo procedimentos para administração de medicação	Pearson Correlation	0,7003
Q31.Realizo venopunção	Pearson Correlation	0,2967
Q32.Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa	Pearson Correlation	0,3070
Q33.Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	Pearson Correlation	0,3931
Q34.Administro medicamentos por via intramuscular	Pearson Correlation	0,3643
Q35.Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	Pearson Correlation	0,3639
Q36.Administro medicamentos orais	Pearson Correlation	0,1108
Q37.Administro transfusões de sangue e derivados	Pearson	0,6237

	Correlation	
Q38.Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados	Pearson Correlation	0,6032
Q39.Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado	Pearson Correlation	0,1994
Q40.Realizo oxigenoterapia	Pearson Correlation	0,3294
Q41.Realizo drenagem postural e percussão	Pearson Correlation	0,6845
Q42.Realizo cuidados pré-operatórios e pós-operatórios	Pearson Correlation	0,5747
Q43.Realizo enema / lavagem intestinal	Pearson Correlation	0,6423
Q44.Realizo aspiração de vias aéreas superiores	Pearson Correlation	0,7109
Q45.Realizo cuidados com traqueostomia	Pearson Correlation	0,7224
Q46.Realizo cuidados com administração de medicamentos e alimentação enteral	Pearson Correlation	0,5184
Q47.Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água	Pearson Correlation	0,6713
Q48.Realizo cuidados com curativos	Pearson Correlation	0,2095

FONTE: O autor (2015).

Validade do instrumento (validade de conteúdo)

Os juízes que avaliaram o instrumento final concordaram que 87% dos itens estão adequados e consideraram que os itens 2, 3, 4, 6, 11, 13, 14, 15, 17, 20, 24, 28 e 48 deveriam sofrer adaptações, conforme demonstrado abaixo:

QUADRO 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES REALIZADAS NO QCC APÓS ANÁLISE DAS SUGESTÕES DOS JUÍZES POR ITEM, CURITIBA, 2015

ANÁLISE E SUGESTÕES	CONDUTA
2. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para mim Sugestão: substituir lesões por danos Lesão indica algum ferimento, ter uma solução de continuidade	Alterado

Dano pode ser algo que não tenha ferimento, solução de continuidade, por exemplo inalação, ingestão.	
3. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes Sugestão: substituir minimizar o risco, por minimizar riscos	Alterado
4. Previno a ocorrência de *eventos adversos ao cuidado do paciente Sugestão: substituir ao cuidado do paciente, por ao cuidar do paciente	Alterado
6. Respeito a *diversidade cultural Sugestão: Demonstro competência ao respeitar a diversidade cultural	Alterado
11. Aplico medidas e recursos apropriados para resolver problemas do paciente Sugestão: substituir para resolver problemas do paciente, por, para a resolução de problemas do paciente	Alterado
13. Aplico o pensamento crítico para o cuidado de pacientes Sugestão: substituir para o cuidado de pacientes, por ao cuidar de pacientes	Alterado
14. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares Comunico-me verbalmente de forma precisa, apropriada e no tempo adequado com pacientes e familiares	Não alterado
15. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde Comunico-me verbalmente de forma precisa, apropriada e no tempo adequado com profissionais de saúde	Não alterado
17. Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões Levanto dos dados do histórico de enfermagem nas novas admissões	Não alterado
20. Oriento pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença Sugestão: Substituir de cuidados relacionados à doença, por: sobre os cuidados relacionados à doença Ficaria assim: Oriento pacientes ou familiares com conhecimento, sobre os cuidados relacionados à doença	Alterado
24. Realizo higiene e rotinas de cuidados diários Realizo higiene e cuidados de rotina diariamente	Alterado
28. Auxílio em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente Auxílio atividades de mobilidade e mudança de posição do paciente	Alterado
48. Realizo cuidados com curativos Realizo curativos	Não alterado

FONTE: O autor (2015).

Após esta etapa adicional, a qual considerou questões de terminologia técnica, gramaticais e semânticas, alteraram-se nove itens. E, a partir desse estágio, produziu-se a versão final do instrumento, em língua portuguesa, o qual apresenta-se a seguir:

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA CLÍNICA (QCC)

Prezado (a) estudante

O QCC é um tipo de escala de auto-avaliação sobre competências clínicas, cujas respostas variam de 1 a 5 conforme demonstrado abaixo:

<i>Não tenho conhecimento sobre o procedimento</i>	<i>Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática.</i> (2)	<i>Conheço na teoria e posso realizar em partes na prática.</i> (3)	<i>Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão.</i> (4)	<i>Conheço na teoria, sou competente na prática e não necessito de supervisão.</i> (5)
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Instruções:

2. Responda ao questionário de acordo com o número que você considera o mais apropriado ao seu nível de competência clínica, marcando um X em cima do número escolhido.

Comportamentos profissionais da enfermagem:					
1. Sigo as precauções de saúde e segurança	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de danos para mim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar riscos de prejuízo para os pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Previno a ocorrência de *eventos adversos ao cuidar do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Cumpro aos princípios éticos de sigilo e confidencialidade de pacientes e familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Demonstro competência ao respeitar a diversidade cultural	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Sigo aos princípios éticos e legais da prática profissional	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Compreendo os direitos dos pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Reconheço e maximizo as oportunidades de aprendizagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Aplico medidas e recursos apropriados para a resolução de problemas do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Aplico ou aceito críticas construtivas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Aplico o pensamento crítico ao cuidar de pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Compreendo e apoio os objetivos da equipe de profissionais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Competências/Habilidades:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Executo e documento a avaliação da saúde do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Respondo a perguntas dos pacientes e/ou familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Oriento pacientes ou familiares com conhecimento sobre os cuidados relacionados à doença	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Realizo registro, documentação e checagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Desenvolvo plano de cuidados para os pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Realizo passagem de plantão	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Realizo higiene e cuidados de rotina diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Providencio medidas para descanso e conforto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

26. Avalio a nutrição e balanço hídrico	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Avalio eliminações	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Auxilio atividades de mobilidade e mudança de posição do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Providencio apoio emocional e psicossocial	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Realizo *procedimentos para administração de medicação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Realizo venopunção	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Administro medicamentos por via intramuscular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Administro medicamentos orais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Administro transfusões de sangue e derivados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. Realizo oxigenoterapia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41. Realizo drenagem postural e percussão	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42. Realizo cuidados pré-operatórios e pós-operatórios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43. Realizo enema / lavagem intestinal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44. Realizo aspiração de vias aéreas superiores	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45. Realizo cuidados com traqueostomia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46. Realizo cuidados com administração de medicamentos e alimentação enteral	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47. Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48. Realizo cuidados com curativos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obs.:A pontuação total é de 48 a 240, com maior pontuação indicando maior nível de competência da enfermagem.					

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, objetivou-se realizar a adaptação transcultural do questionário de autoavaliação de competência clínica voltado aos estudantes concluintes da graduação em enfermagem e também analisar sua validade de conteúdo e consistência interna para uso no Brasil. Tendo em vista que não foram encontrados outros questionários que associem as variáveis de competências clínicas às variáveis da versão original, os achados não podem ser discutidos por meio da comparação com escalas e/ou questionários semelhantes – trata-se de um estudo inédito.

O processo adotado para tradução ao português e adaptação transcultural do *Clinical Competence Questionnaire* foi guiado de acordo com a literatura científica, sendo empregadas as etapas recomendadas por protocolos internacionais. Ressalta-se que a presente pesquisa buscou validades de face e de conteúdo, assim como a consistência interna da versão adaptada. Entretanto, estudos adicionais serão conduzidos, mantendo-se a continuidade das avaliações das propriedades psicométricas, com o objetivo de possibilitar seu uso no Brasil.

O instrumento *Clinical Competence Questionnaire* (versão original) consiste em 47 itens que representam competências categorizadas, tanto em comportamentos profissionais da enfermagem (itens 1-16) quanto em habilidades (itens 17-47). O instrumento usa uma escala Likert de cinco pontos para medir o nível de competência clínica dos estudantes concluintes da graduação em enfermagem. A pontuação de resposta ao item da escala varia de 1 (*não tem a menor ideia*) a 5 (*sabe na teoria e é competente na prática, mesmo sem qualquer supervisão*). A pontuação total varia de 47 a 235, com maior pontuação indicando maior nível de competência na enfermagem.

Resumidamente, os itens do *Clinical Competence Questionnaire* (versão original) avaliam como competência da enfermagem: – **cuidados seguros**, – **ética profissional**, – **avaliação**, – **pensamento clínico**, – **colaboração e comunicação**, – **rotinas básicas da enfermagem** e – **habilidades técnicas** – as quais são consideradas competências clínicas apropriadas e necessárias aos graduandos em enfermagem (LIOU; CHENG, 2014).

A análise dos itens 1-13, pertencentes ao eixo dos **Comportamentos Profissionais de Enfermagem** da versão traduzida do questionário, mostrou sua

relação com a importância da competência **tomada de decisões** (segunda competência geral) da atual Diretriz Curricular Nacional do Curso de Enfermagem do Brasil (BRASIL, 2001), pois esse eixo, considerado como de **cuidados seguros** no instrumento original, denota que o trabalho do profissional precisa estar ancorado em sua capacidade de *tomar decisões* que conduzam ao uso apropriado, à eficácia e à adequada relação custo-efetividade da força de trabalho, de equipamentos, medicamentos, procedimentos e práticas. Para tanto deve-se avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (BRASIL, 2001).

De acordo com Duarte et al. (2015) a enfermagem concentra a maior força de trabalho em saúde no Brasil, com uma estimativa de 1.500.000 profissionais atuantes. Esse número expressivo de profissionais reporta o quanto é necessária uma relação direta da categoria com as estratégias de **segurança do paciente** e a **prevenção de erros**.

Balsanelli, Feldman e Ruthes (2011, p. 81), explicam que “a tomada de decisão é um processo cognitivo complexo, geralmente definido como escolha de uma determinada linha de ação. É um mecanismo sistemático que tem foco na análise de uma situação difícil.”

O processo de tomada de decisão com vistas à resolução de problemas e à administração de conflitos é uma constante no trabalho do enfermeiro. Por consequência, busca-se a homogeneidade entre colaboradores e a harmonia do grupo de trabalho. A enfermagem possui autonomia, quanto à tomada de decisões, na maioria de suas atividades (BALSANELLI et al., 2011).

Percebeu-se ainda, nos itens 14 e 15 do eixo dos **Comportamentos Profissionais de Enfermagem** da versão traduzida do questionário, relação com a importância da competência **comunicação** (terceira competência geral na DCENF), pois o instrumento avalia não só a comunicação entre categorias – profissionais, pacientes e familiares –, mas também entre os próprios profissionais de saúde.

O termo comunicar provém do latim *communicare*, que significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entende-se que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal. Feldman e Ruthes (2011, p. 51), ponderam que “com a habilidade de comunicar, o homem enriquece o seu referencial de conhecimentos, satisfaz suas necessidades,

transmite sentimentos e pensamentos, esclarece, interage e conhece o que os outros pensam e sentem.”

Portanto, a comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas. É um fluxo circular e contínuo de energia, no qual elementos interagem e, de forma contínua, há influência de uns sobre os outros. Assim, há interferência nas ações individuais e de toda a equipe (BALSANELLI et al., 2011).

Entre os profissionais enfermeiros a comunicação é um importante aspecto na realização do cuidado, que demonstra uma assistência de qualidade e colabora para a promoção do cuidado emocional (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

Referindo-se ainda à competência comunicativa, observa-se que está posto, no texto das DCENF (BRASIL, 2001), que os profissionais devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas – relação que também está presente no item 5 do instrumento. A competência da comunicação, segundo as Diretrizes Nacionais de Enfermagem, também está relacionada com as habilidades de escrita e leitura, as quais possuem relação com os itens 18, 19, 20 e 21 do instrumento.

A análise final das competências relacionadas a rotinas básicas da enfermagem e das habilidades técnicas previstas nos itens 22-48 da versão original do instrumento demonstra que tais competências estão relacionadas às atuais **competências e habilidades específicas** das DCENF. Estas contemplam competências *técnico-científicas* e *ético-políticas* contextualizadas, que permitem ao enfermeiro ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, não deixando, no entanto de estarem relacionadas à primeira e ampla competência geral das DCENF, que é a **atenção à saúde**.

A competência geral da **atenção à saúde** aponta para uma formação de profissionais alinhados aos mais altos padrões de qualidade e aos princípios da ética/bioética, destacando-se o fato de que a responsabilidade pela atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto individual quanto coletivamente.

Uma adaptação necessária que resultou em modificação de questão refere-se ao **item 4** da versão original traduzida (“*Previne a ocorrência de problemas para os pacientes*”), em que, após análises pelo Comitê de Especialistas, optou-se por “*Previno a ocorrência de eventos adversos ao cuidado do paciente*”.

A modificação foi justificada pela inquietação de um dos especialistas quanto à indefinição da palavra “*problemas*” na versão original (se seriam problemas emocionais, administrativos ou físicos). Refletiu-se que, se existe uma situação-problema, existe uma situação adversa, ou seja, um prejuízo ao cuidado, e que o termo mais adequado a esse desvio da qualidade do cuidado seria, no momento, evento adverso (EA), neste estudo entendido como “*incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente*” (OMS, 2009).

Em um estudo de construção e validação de conteúdo sobre uma Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA), os autores citam que a qualidade do cuidado tem sido avaliada a partir do indicador de resultado. Exemplificando, a avaliação do êxito de um cuidado de enfermagem é feita a partir da ocorrência de um evento adverso (LOBÃO; MENEZES, 2012).

No Brasil, uma revisão integrativa, conduzida por Duarte et al. (2015), menciona que as discussões sobre a temática “*eventos adversos*” foram iniciadas em 2002, com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), participante voluntária que busca notificar eventos adversos e queixas técnicas referentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância.

Nesta mesma revisão integrativa os autores citam que os eventos adversos são a forma mais simples de se reconhecer o erro quantitativamente, pois causam danos e são identificados facilmente, afetando, em média, 10% das admissões hospitalares. O acontecimento dos eventos adversos reflete o descompasso entre o cuidado real e o cuidado ideal, fato evidenciado no relatório do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos, em que ficou demonstrado que entre 44.000 e 98.000 americanos morrem anualmente em decorrência de eventos adversos (DUARTE et al., 2015).

Ainda na reunião do Comitê de Especialistas discutiu-se a necessidade de modificação do **item 6** – de “*Demonstra competência cultural*” (versão original) para “*Respeito a diversidade cultural*”, uma vez que o termo “*diversidade cultural*” seria mais compreensível e amplo para os estudantes, pois sua definição é “*diferentes costumes de uma sociedade, entre os quais podem-se citar: vestimenta, culinária, manifestações religiosas, tradições, entre outros aspectos*”, portanto, não deixando

de ser uma demonstração de respeito às diferentes culturas. Essa definição mais ampla do item foi inserida no glossário do instrumento.

Segundo Vilelas e Janeiro (2012), foi Madeleine M. Leininger quem introduziu o conceito de cuidado transcultural em enfermagem e desenvolveu a teoria do cuidado cultural para explicar a competência cultural. Foi a primeira tentativa, na profissão de enfermagem, de ressaltar a importância dos profissionais enfermeiros com competências em nível cultural.

A teoria do cuidado cultural de Leininger pode ser considerada a maior contribuição para a enfermagem transcultural, sendo usada como um modelo que contribui para pesquisas e para o aumento do corpo de conhecimentos na enfermagem transcultural. Para Leininger, os enfermeiros tinham de adquirir um conhecimento aprofundado das diferentes culturas, a fim de prestar cuidados a pessoas de diversas etnias.

Já em relação ao **item 21** da versão original do questionário (“Registra e documenta”) foi ampliado, na reunião do Comitê de Especialistas, para “*Realizo registro, documentação e checagem*”. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (2012a), a anotação de enfermagem diz respeito a todo o registro feito pela equipe de enfermagem no prontuário do cliente, referente às suas condições psíquicas, físicas e sociais e a todos os fatos ocorridos durante o plantão, sendo uma das características importantes desse registro a checagem da prescrição médica e de enfermagem.

Para Vergílio et al. (2015), as anotações podem contribuir ao esclarecimento de fatos e ao fornecimento de dados para pacientes, familiares, órgãos fiscalizadores e sociedade, para a investigação de eventos adversos. Nesse sentido, buscando direcionamento criterioso sobre a forma de documentar as práticas de enfermagem, foi aprovada e homologada a Resolução 429/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos da enfermagem, seja por meio eletrônico ou tradicional, inerentes aos processos de gerenciamento do trabalho e do cuidar necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

O **item 30** da versão original do questionário (“*Realiza venopunção*”) passou a ser o item 31 da versão adaptada do instrumento, enquanto o **item 31** da versão original (“*Inicia administração injeção intravenosa*”) foi modificado e adaptado,

passando a ser o item 30 (*“Realizo procedimentos para administração de medicação”*). O Comitê de Especialistas, após extensa discussão, modificou a ordem e a estrutura dos itens, por entender consensualmente que, ao *realizar procedimentos para administração de injeção intravenosa*, está se atentando a todos os 11 “certos” da administração segura da medicação, que atualmente são: 1. Paciente certo, 2. Medicação certa, 3. Via certa, 4. Dose certa, 5. Hora certa, 6. Anotação/registro da administração certa, 7. Orientação ao paciente certa, 8. Direito de recusar ao medicamento, 9. Compatibilidade medicamentosa, 10. Validade certa, 11. Aspecto da medicação certa (OLIVEIRA, 2015).

De acordo com Abreu, Rodrigues e Paixão (2013, p. 64) “a enfermagem tem um papel fundamental no processo de administração de medicação e, com responsabilidade ética técnica e científica, assegura a proteção do doente e os seus direitos a ser bem cuidado.” Diante das atuais discussões sobre a temática segurança na administração de medicação, é fato que, frente aos vários fatores que interferem nesse processo, trata-se de uma competência complexa que requer muita atenção por parte dos profissionais de enfermagem, desde a preparação até a total administração da medicação no leito do paciente.

Outro aspecto importante foi a modificação do **item 40** da versão original do questionário (*“Realiza oxigenoterapia, drenagem postural e percussão”*) que foi desmembrado em dois itens. O item 40 passou a ser *“Realizo oxigenoterapia”*, e o 41, *“Realizo drenagem postural e percussão”*, o que resultou no aumento de um item no instrumento adaptado. Os especialistas identificaram a necessidade desta alteração pelo fato de que no Brasil, atualmente, a realização de drenagem postural e percussão não tem sido uma prática exclusiva dos profissionais de enfermagem, sendo realizada por profissionais de saúde com outra formação, o que tem levado algumas instituições de ensino superior a não contemplarem este ensinamento na grade curricular do curso de enfermagem – situação vivenciada durante o estágio V deste estudo (pré-teste), quando verificaram-se depoimentos de estudantes na resposta ao questionário. Por exemplo, quando o estudante *E15* refere: *“Desconheço o que seja drenagem postural e percussão”*.

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera, para atenuar e corrigir deficiência de oxigênio ou hipóxia (SOUZA; MOZACHI, 2009).

Indica-se a oxigenoterapia para combater a deficiência de oxigênio, facilitar a expectoração, diminuir os processos inflamatórios das vias respiratórias, provocar broncodilatação e auxiliar nas manobras cardiorrespiratórias. A oxigenoterapia faz parte da rotina e dos cuidados de enfermagem e pode ser realizada mediante o uso de cateter ou cânula nasal, de inalação e de nebulização contínua.

A drenagem postural se refere à retirada das secreções brônquicas ou do conteúdo de um abscesso do pulmão, pelo emprego da gravidade e da posição, a fim de drenar um território pulmonar específico (DICIONÁRIO MÉDICO BLAKISTON, 1987).

A drenagem postural é mais eficaz em condições caracterizadas pela produção excessiva de muco (>25 a 30 ml/dia) e, para que haja a drenagem desse muco, o paciente deve ser mantido em posição capaz de facilitar o fluxo da secreção pulmonar, das ramificações brônquicas mais distais para as vias aéreas centrais e mais proximais, onde será eliminada pela tosse ou por aspiração (IKE et al., 2009).

A percussão ou percussão torácica consiste em golpear a superfície explorada do corpo e, a partir do tipo de som produzido pelo ato, avaliar as estruturas. A ausculta é o procedimento pelo qual se detectam os sons produzidos dentro do organismo, com ou sem instrumentos próprios (OLIVEIRA et al., 2015).

Entre as percussões pulmonares mais utilizadas, destacam-se a tapotagem e a percussão cubital, sendo o objetivo de ambas deslocar o muco e permitir o seu encaminhamento para as vias aéreas centrais, facilitando assim sua eliminação.

Estudo realizado em Caxias do Sul/RS em 2008 identificou, a partir de 69 prontuários, que a percussão não estava presente nos registros dos enfermeiros. Já a inspeção, a palpação e a ausculta estavam nas evoluções, mas não como deveriam, pois diante da necessidade dos pacientes há menor frequência de ausculta cardíaca e pulmonar (PATRÍCIO et al., 2015).

Para Patrício et al. (2015), as técnicas de percussão do sistema cardiorrespiratório precisam ser do conhecimento dos estudantes de enfermagem, na perspectiva de se aprimorar a qualidade da assistência fornecida ao paciente, pois constituem-se de achados que influenciarão a conduta terapêutica.

Quanto ao **item 37** (*“Administro transfusões de sangue e derivados”*), apesar de não sofrer alteração significativa trouxe uma questão relevante a ser considerada, pois embora seja recomendado que as transfusões sanguíneas sejam realizadas por profissional médico ou de enfermagem, habilitado e qualificado, 80% dos estudantes

pesquisados neste estudo, ao responderem ao item, avaliaram-se com conhecimento teórico, com capacidade de realização da prática, mas com necessidade de supervisão, pois inferem que o número reduzido de oportunidades à realização desse procedimento em estágios clínicos leva à insegurança na beira do leito (BRASIL, 2005; COFEN, 2006, grifo nosso).

Silva e Somavilla (2010), em um estudo com equipes de enfermagem de unidades de internação clínica médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e de terapia intensiva, constataram que mesmo entre os profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros atuantes da prática profissional existe a necessidade de maior conhecimento sobre a terapia transfusional, além de evidenciarem uma lacuna entre a reestruturação das propostas de educação permanente e uma necessidade de redefinição no processo de trabalho da equipe de enfermagem nesta intervenção.

Na validação, a confiabilidade para os 48 itens do Questionário de Competências Clínicas foi de 0,90. Alexandre et al. (2013) mencionam que questionários em desenvolvimento devem apresentar um valor superior a 0,70, sendo acima de 0,80 o valor esperado para os questionários que já estão sendo utilizados. Encontra-se ainda que valores acima de 0,70 são aceitáveis, acima de 0,80 são bons e superando 0,90 são excelentes. Para alguns autores, quanto mais alto o valor, maior a consistência interna da medida. Baixa consistência interna denota que ou os itens mensuram atributos diferentes ou as respostas dos entrevistados são inconsistentes (SIQUEIRA et al., 2013).

A correlação item-total média do instrumento foi 0,89. Para a categoria *comportamentos profissionais da enfermagem* (itens 1-16) o alfa de Cronbach foi 0,84, enquanto que para *habilidades e competências* (itens 17-48) o valor obtido foi de 0,87. A matriz de correlação dos itens da escala mostrou que a correlação item-total média de cada item variou de 0,21 a 0,80, o que demonstra a estabilidade temporal do instrumento (WEIR, 2005; ALEXANDRE et al., 2013).

Quanto à avaliação dos juízes, constatou-se um percentual de concordância, na validade de conteúdo, de 87%. As pontuações médias por domínios encontradas na versão brasileira foram semelhantes às pontuações do estudo original do instrumento. A análise dos juízes e a análise semântica fazem parte dos procedimentos de construção de um instrumento de medida, bem como da etapa de validade inicial; portanto, ao cumprir com esta etapa de construção assegura-se a validade de conteúdo da escala (LOBÃO; MENEZES, 2012).

Os desenvolvedores do instrumento original calcularam o índice de validade de conteúdo (IVC) de cada item do *Clinical Competence Questionnaire*, para o que convidaram três especialistas para julgar a relevância e importância dos 47 itens do instrumento, usando uma escala de quatro pontos. Todos os itens da escala receberam, dos três especialistas, uma classificação de 3 (concordo) ou 4 (concordo muito). No estudo original a pontuação do IVC foi de 0,80, considerada aceitável. Consequentemente, a validade de conteúdo do Questionário de Competências Clínicas foi confirmada em ambos os cenários (LIOU; CHENG, 2014).

Limitações do estudo

Considera-se como uma limitação do presente estudo o número de juízes que contribuíram na fase da validação de conteúdo. Embora a literatura (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015) oriente que o instrumento deva ser submetido a, pelo menos, dois juízes, acredita-se que um número maior de opiniões sobre cada item poderia contribuir para um julgamento mais abrangente do instrumento, dada a importância dessa fase, a qual foi decisiva à formatação final do questionário, considerando-se todas as suas variáveis.

Outro aspecto a ser considerado como limitação é a realização do pré-teste em duas instituições da mesma cidade no Sul do País. Assim, diante do contexto das diferenças regionais do processo de trabalho dos enfermeiros e do ensino de enfermagem, acredita-se que a aplicação do instrumento a outros grupos de estudantes concluintes da graduação em enfermagem, nas demais regiões do Brasil, confirmaria e ampliaria a sua validade, dadas as especificidades e regionalismos encontrados no País, enquanto o presente estudo reflete estritamente a realidade do local em que foi desenvolvido.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as etapas recomendadas internacionalmente para o Processo de Tradução e Adaptação Transcultural do *Clinical Competence Questionnaire* (CCQ) – no caso, para a língua portuguesa brasileira – foram seguidas e realizadas com sucesso. A opinião dos especialistas, que julgaram a adaptação adequada ao contexto brasileiro, é de que o instrumento demonstrou validade de conteúdo. O título adotado para a versão adaptada foi “Questionário de Competências Clínicas” (QCC).

A reunião de consenso das retrotraduções sugeriu a modificação das opções de resposta da escala Likert, do seu formato original, com utilização de gerúndio, para a utilização de primeira pessoa do singular, considerando-se a clareza e a compreensão por parte dos respondentes.

A reunião do Comitê de Especialistas sugeriu principalmente a modificação de itens relacionados aos comportamentos dos profissionais de enfermagem e a inclusão de um glossário ao final do instrumento, para facilitar o entendimento dos respondentes referente aos itens nominados.

Os especialistas também consideraram a necessidade de desmembrar um dos itens, referente a competências e habilidades, separando a realização da oxigenoterapia da realização de drenagem postural e percussão, o que resultou no aumento de um item em relação ao questionário original.

Diante dos resultados da etapa adicional de validação de conteúdo, e visando tornar os itens ainda mais claros e adequados, acatou-se boa parte das sugestões dos juízes, e mesmo alguns itens que haviam alcançado níveis de concordância adequados foram reestruturados, buscando-se melhor entendimento sobre eles.

O uso desse instrumento em instituições de ensino poderá fornecer, para professores e supervisores de práticas clínicas, parâmetros da progressão da competência clínica de futuros enfermeiros, apontando o que deva ser trabalhado nos estágios clínicos, momento em que os estudantes demonstrarão, na prática, seus conhecimentos, suas habilidades e suas competências, uma vez que o questionário avalia tanto comportamentos quanto habilidades.

Para os estudantes concluintes da graduação em enfermagem a disponibilização desse questionário permitirá uma autoavaliação de sua

competência clínica, considerada componente essencial para se tornar enfermeiro, com vistas a auxiliar na obtenção de novos conhecimentos, com melhor aprendizado e uma assistência mais segura ao paciente, além de contribuir ao progresso do estudante, por meio da aquisição de novas competências.

Nas instituições de saúde a adaptação e validação do Questionário de Competências Clínicas proporciona uma ferramenta útil para a avaliação, por gerentes de enfermagem, de enfermeiros recém-formados e dos que iniciam em um novo serviço.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. da C. F.; RODRIGUES, M. A.; PAIXÃO, M. P. B. A. Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. **Revista de Enfermagem Referência**, ISSN 0874-0283, v.3, n. 10, p. 63-68, jul. 2013. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Disponível em: <<http://goo.gl/gSa4Yz>>. Acesso em: 25 mar. 2016.
- AUED, G.K. **Competência Clínica na prática assistencial de enfermagem de um hospital privado**. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, São Paulo, v. 16, n. 7, p. 3.061-3.068, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/2G0MZ3>>. Acesso em: 24 mar. 2016.
- ALEXANDRE, N. M. C. et al. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 3, p. 802-9, jul./set. 2013. DOI: 10.5216/ree.v15i3.20776. Disponível em: <<https://goo.gl/OTloHP>>. Acesso em: 26 mar. 2016.
- AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING. **The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice**. Out. 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/ZzrnOJ>>. Acesso em: 20 set. 2015.
- BALSANELLI, A. P. et al. **Competências Gerenciais**. Desafio para o Enfermeiro. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011.
- BALSANELLI, A. P.; FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M. Tomada de decisão. In: BALSANELLI, A. P. et al. **Competências Gerenciais**. Desafio para o Enfermeiro. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011, p. 79-85.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3.186-3.191, 2000. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Disponível em: <<http://goo.gl/ZFA8sS>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- BEATON, D. E. et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures. 2007. Revised June 12 2007. **Institute for Work & Health** 1.1, 2007, 1-45. Disponível em: <<https://goo.gl/AUdExN>>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- BENNER, P. **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Tradução: Ana Albuquerque Queirós; Belarmina Lourenço. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto, 2001. Original em Inglês.
- BENNER, P. Using the Dreyfus Model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. **Bulletin of Science, Technology & Society**, Utah, v. 24, n. 3, p. 188-199, Apr. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://goo.gl/Z1iCAZ>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, p. 59. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/2Xz8af>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <<http://goo.gl/3YQoF>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/UbKXK>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)**. Portaria nº 28, de 8 de janeiro de 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/hRvQC1>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

BROWN, J. D. The Cronbach Alpha Reliability Estimate. Shiken: **JALT Testing & Evaluation Sig Newsletter**, v. 6, n. 1, p. 16-18, Feb. 2002. ISSN 1881-5537. Disponível em: <<http://goo.gl/6VUlkp>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 552-60, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/A82Z4Y>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

CANT, R.; MCKENNA, L.; COOPER, S. Assessing preregistration nursing students' clinical competence: a systematic review of objective measures. **International Journal of Nursing Practice**, v. 19, p. 163-176, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/ybgixp>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

CASSEPP-BORGES, V. Procedimento de Tradução e Adaptação Cultural. **Avaliação em Foco**. 17 ago. 2012. Entrevista concedida a Gisele A. da Silva Alves. Disponível em: <<http://goo.gl/JWAqz1>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

CHAN, E. A.; CHAN, K.; LIU, Y. W. J. A triadic interplay between academics, practitioners and students in the nursing theory and practice dialectic. **Journal of Advanced Nursing**, v. 68, n. 5, p. 1.038-1.049. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05808.x. Disponível em: <<http://goo.gl/5tGAcF>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

CLARO, H. G. et al. Translation and cultural adaptation of the Global Appraisal of Individual Needs – Initial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 5, p. 1.148-1.155, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/P9dy3u>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

COATES, V. E.; CHAMBERS, M. Evaluation of tools to assess clinical competence. **Nurse Education Today**, v. 12, p. 122–9, 1992. Disponível em: <<http://goo.gl/olqmlV>>. Acesso em: 22 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Portal do COFEN. **Por que as Anotações de Enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório?** 24/09/2012a. Disponível em: <<http://goo.gl/02EiKf>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 306, de 25 de abril de 2006. **Normatiza a atuação do Enfermeiro em Hemoterapia**. Rio de Janeiro, RJ, 25 abr. 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/xznQQA>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429, de 8 de junho de 2012. **Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico**. Brasília, DF, 8 jun. 2012b. Disponível em: <<http://goo.gl/az645G>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

CROZETA, K. et al. Pesquisa metodológica: novos e velhos desafios. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 17, 2013, Natal. **Anais...** Natal: RN, p. 1.274-1.276. Disponível em: <<http://goo.gl/9MMQeA>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K.; IDE, C. A. C. Planejamento de ensino em enfermagem: intenções educativas e as competências clínicas. **Rev Esc Enferm USP**, 2009, 43(2): p. 264-71. Disponível em: <<http://goo.gl/y986X1>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

DELUIZ, N. **Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Formação. Brasília, n.2, p. 5-15, mai/2001. Disponível em: <<http://goo.gl/QXYli6>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

DIAS, I. S. Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP, vol. 14, n. 1, p. 73-8, jan/jun 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/XLjtFX>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

DICIONÁRIO MÉDICO BLAKISTON. **Drenagem postural (verbetes consultados)**. 2. ed. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda., 1987.

DUARTE, S. da C. M. et al. Adverse events and safety in nursing care. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, fev. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Disponível em: <<http://goo.gl/6Yh9S2>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M. Comunicação. In: BALSANELLI, A. P. et al. **Competências Gerenciais**. Desafio para o Enfermeiro. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011, p. 51-7.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. **RAC Rev. adm. contemp.** Curitiba, v. 5, n. spe., p. 183-196, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/w4N7vQ>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

FLOOD, L. S.; ROBINIA, K. Bridging the gap: Strategies to integrate classroom and clinical learning. **Nurse Education in Practice**, v. 14, p. 329-332, fev. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/hbU63H>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

GALLAGHER, P.; SMITH, T.; OUSEY, K. Problems with competence assessment as it applies to student nurses. **Nurse Education in Practice**, v. 12, p. 301-303, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/LHs9uz>>. Acesso em: 21 set. 2015.

GALLANI, M. C.; DALLAIRE, C. Desenvolvimento de competências: Porque [sic] e como. [Editorial]. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 9-11, jan/mar. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/j4xcll>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

GIUSTI, E.; LOPES, D. M. B. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. Barueri, v. 20, n. 3, p. 207-10, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/V9P34b>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v. 46, n. 12, p. 1.417-32, dec. 1993. Disponível em: <<http://goo.gl/ZbN316>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

HEASLIP, V.; SCAMMELL, J. M. E. Failing underperforming students: The role of grading in practice assessment. **Nurse Education in Practice**, 12 (2012), 95 e 100. Disponível em: <<http://goo.gl/btawFP>>. Acesso em: 8 maio 2015.

HENDERSON, A. Issues: Clinical assessment of nursing students in practice. **Australian Nursing Journal**, v. 20, n. 4, out. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/dVHV09>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Qual Life Res**, v. 6, n. 3, p. 237-47, 1997. Disponível em: <<http://goo.gl/Nzk6KH>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

HOLLAND, A. et al. Online video in clinical skills education of oral medication administration for undergraduate student nurses: a mixed methods, prospective cohort study. **Nurse Education Today**. 2013 Jun; 33(6):663-70. doi: 10.1016/j.nedt.2012.01.006. Epub 2012 Feb 16. Disponível em: <<https://goo.gl/sbWAJ9>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

IKE, D. et al. Drenagem Postural: prática e evidência. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 11-17, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/FXpRmf>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

KILLAM, L. A.; HEERSCHAP, C. Challenges to student learning in the clinical setting: a qualitative descriptive study. **Nurse Education Today**, 33 (2013), 684-691. Disponível em: <<http://goo.gl/vpN8hs>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

KU, S. et al. Competence areas of nursing students in Europe. **Nurse Education Today**. 2013 Jun; 33(6):625-32. doi: 10.1016/j.nedt. 2013.01.017. Epub 2013 Feb 22. Disponível em: <<http://goo.gl/vmssga>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

LANDIM, S. A.; SILVA, G. T. R.; BATISTA, N. A. A vivência clínica do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 558-62, mai/jun. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/Ak5u5l>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

LAUREANO, G. H. da C. **Coeficiente de correlação intraclasse**: comparação entre métodos de estimação clássico e bayesianos. Monografia. Curso de Estatística. Bacharelado. Instituto de Matemática. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/LLkU0t>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

LEVETT-JONES, T. et al. Implementing a clinical competency assessment model that promotes critical reflection and ensures nursing graduates readiness for professional practice. **Nurse Education in Practice**. 11 (2011), 64-69. Disponível em: <<http://goo.gl/DHrWUF>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ, Botucatu**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/PPChwH>>. Acesso em: 3 dez. 2015.

LIU, S. R.; CHENG, C. Y. Developing and validating the Clinical Competence Questionnaire: A self-assessment instrument for upcoming baccalaureate nursing graduates. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 4, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/JW4nk1>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

LOBÃO, W. M.; MENEZES, I. G. Construction and content validation of the scale of predisposition to the occurrence of adverse events. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 1-9, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/01t9d4>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

LÖFMARK, A.; EKSTRAND-THORELL, I. Nursing students' and preceptors' perceptions of using a revised assessment form in clinical nursing education. **Nurse Educ Pract.**, 2014 May; 14(3):275-80. doi: 10.1016/j.nepr. 2013.08.015. Epub 2013 Sep 25. Disponível em: <<http://goo.gl/lmF7mH>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

LUCHESE, R.; BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p.152-60, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/TI39W8>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Proposta metodológica para estudos de adaptação cultural e validação de instrumentos: da teoria à prática. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e**

saúde: da teoria à prática. Organizadoras: Maria Ribeiro Lacerda, Regina Gema Santini Costenaro. Porto Alegre: Moriá, 2015, p. 463-479.

MANTOVANI, M. F. et al. **Análise das técnicas de validação utilizadas pela enfermagem: uma revisão integrativa.** Curitiba, 2015. No prelo.

MCCOY, M. A.; LEVETT-JONES, T.; PITT, V. Development and psychometric testing of the Ascent to Competence Scale. **Nurse Education Today**. 2013 Jan; 33(1):15-23. doi: 10.1016/j.nedt. 2011.11.003. Epub 2011 Dec 9. Disponível em: <<http://goo.gl/czqj9g>>. Acesso em: 6 dez. 2015.

MITCHELL, M. L. et al. Using an Objective Structured Clinical Examination for Bachelor of Midwifery students' preparation for practice. **Women and Birth** 27 (2014), 108-113. Disponível em: <<http://goo.gl/dw2HxF>>. Acesso em: 6 dez. 2015.

NASCIMENTO, E. S. et al. Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 4, p. 447-452, jul/ago 2003. Disponível em: <<http://goo.gl/vg0l14>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

NICKEL, D. C.; PENKAL, I. A. P.; RAMOS, M. de. **Desenvolvimento de Competências.** Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2013.

NULTY; D. D. et al. 2011. Best Practice Guidelines for use of OSCEs: Maximising value for student learning. **Nurse Educ Today**. 2011 Feb; 31(2):145-51. doi: 10.1016/j.nedt. 2010.05.006. Epub 2010 Jun 22. Disponível em: <<http://goo.gl/Ew4uVQ>>. Acesso em: 7 dez. 2015.

NUNNALLY, J. **Psychometric Theory.** New York, NY: McGraw-Hill, 1978.

OLIVEIRA, M. A. Q. de. **Práticas Seguras de Dispensação de Medicamentos.** 21 out. 2015. Palestra. Disponível em: <<http://goo.gl/zx9EzN>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). World Health Organization (WHO). **WHO guidelines for safe surgery.** Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/yQ2P7w>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/btA5eA>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

PATRÍCIO, A. C. F. de A. et al. Exame físico cardiorrespiratório: conhecimento de estudantes de enfermagem. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 1, p. 1.967-1.974, jan./mar. 2015. DOI: 10.9789/2175-5361. 2015.v7i1.1967-1974. Disponível em: <<http://goo.gl/Wupc4U>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

PINHEL, I., KURCGANT, P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 711-6, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/g8pFoA>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

REDFERN, S. et al. Assessing competence to practise in nursing: a review of the literature. **Research Papers in Education**, 2002. v. 17, n. 1, p. 51-77, DOI: 10.1080/02671520110058714. Disponível em: <<http://goo.gl/WlmmmyK>>. Acesso em: 21 set. 2015.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/l6bB37>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e Tecnologia: aproximação através do modelo de cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 1, p. 113-116, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/LC5ydK>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

SANTANA, F. R. et al. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 07, n. 03, p. 294-300, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/4Nm5dH>>. Acesso em: 16 dez. 2014.

SANTOS, J. R. A. Alfa de Cronbach: Uma ferramenta para avaliar a confiabilidade das escalas. **Journal of Extension**, EUA, v. 37, n. 2, Apr. 1999. ISSN 1077-5315.

SILVA, D. G. V. da et al. Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 511-6, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/nxwUve>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SILVA, L. A. A. da; SOMAVILLA, M. B. Conhecimentos da Equipe de Enfermagem sobre terapia transfusional. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 2, p. 327-33, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/UtnBWh>>. Acesso em: 1 mar. 2016.

SIQUEIRA, L. D. C. et al. . Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 610-617, Apr. 2013. DOI.org/10.1590/S0104-11692013000200019. Disponível em: <<http://goo.gl/XxjPgs>>. Acesso em: 29 Mar. 2016.

SOUZA, V. H. S. de; MOZACHI, N. **O Hospital**. Manual do Ambiente Hospitalar. 3 ed. Curitiba: Manual Real, 2009.

STAYT, L. C. Clinical simulation: a sine qua non of nurse education or a white elephant? **Nurse Education Today**, 32 (2012), e23-e27. Disponível em: <<http://goo.gl/AdT0rh>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

STAYT L. C.; MERRIMAN, C. A descriptive survey investigating pre-registration student nurses' perceptions of clinical skill development in clinical placements. **Nurse Educ Today**. 2013 Apr; 33(4):425-30. doi: 10.1016/j.nedt. 2012.10.018. Epub 2012 Nov 17. Disponível em: <<http://goo.gl/2omj6m>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, v. 80, p. 217-222. 2003.

ULFVARSON, J.; OXELMARK, L. Developing an assessment tool for intended learning outcomes in clinical practice for nursing students. **Nurse Education Today**. 2012 Aug; 32(6):703-8. doi: 10.1016/j.nedt. 2011.09.010. Epub 2011 Nov 3. Disponível em: <<http://goo.gl/Gc00dW>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

VERGÍLIO, M. S. T. G. et al. Anotação de Enfermagem: Retrato da Prática de Enfermagem de um Pronto Atendimento. **Investigação Qualitativa em Saúde**. CIAIQ2015, v. 1, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/8UenrP>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

VILELAS, J. M. da S.; JANEIRO, S. I. D. Transculturality: the nurse with skills in cultural competency. **reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 120-127, jan./mar., 2012. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000100017>. Disponível em: <<http://goo.gl/V57x4R>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

WEIR, J. P. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. **J Strength Cond Res**, v. 19, n. 1, p. 231-40, 2005.

WEST, C.; USHER, K.; DELANEY, L. J. Unfolding case studies in pre-registration nursing education: lessons learned. **Nurse Education Today**, v. 32, n. 5, p. 576-80, jul. 2012. Doi: 10.1016/j.nedt. 2011.07.002. Disponível em: <<https://goo.gl/wGuuMp>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Autorização dos Desenvolvedores do CCQ

Dr. Ching-Yu Cheng,

My name is Carina Bortolato-Major and I am studying to get my PHD in nursing at Federal University of Paraná, Brazil. I plan to defend my theses in the clinical competency of nursing students based on clinical simulation. I have read your publication "Developing and validating the Clinical Competence Questionnaire: A self-assessment instrument for upcoming baccalaureate nursing graduates", and I would like your permission to translate it with culturally adaptation and validate in Brazil the scale that was mentioned on your article about your study.

I also would like to ask you if possible the actual scale, of course, with your authorization so we can begin our studies here in Brazil. I thank you in advance, also please let me know if you have any questions, this authorization would benefit us here in Brazil to learn more and deliver better teaching skills to professionals.

Best Regards,

Carina Bortolato-Major
Doutoranda em Enfermagem
Universidade Federal do Paraná - UFPR
Curitiba-Paraná Brasil 2014-10-07 1:27 GMT-03:00 ChingYu <chingyuus@gmail.com>:

Dear Carina,

It is great to know that you are interested in using the CCQ. You have our permission to use the scale in your study. Please refer to the following link address for the published article that contains the scale. Please do remember to cite the article whenever you publish your studies. Items and categories of the CCQ are listed in Table 3. The score of the subscales and the entire scale is the sum of the item scores.

The CCQ is a five-point Likert type scale where:

score 1 means "do not have a clue,"

score 2 is "know in theory, but not confident at all in practice,"

score 3 is "know in theory, can perform some parts in practice independently, and needs supervision to be readily available,"

score 4 is "know in theory, competent in practice, need contactable sources of supervision," and score 5 is "know in theory, competent in practice without supervision."

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CD0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sciencedirect.com%2Fjournal%2Findex.php%2Fjncp%2Farticle%2FviewFile%2F2862%2F1994&ei=Z73KUtm4AseHkwX29oGYAg&usq=AFQjCNG7VtjwenURYwkCZbA9rHZgbS3yoA&sig2=na2U8zekX71UVZLM6uzy5w&bvm=bv.58187178.d.dGI>

Good luck to your study. Chingyu

On Sat, Feb 14, 2015 at 3:56 AM, Carina Bortolato <cabortolato@uenp.edu.br> wrote:

Hello Dr Ching-Yu Cheng,

We thank you authoring the translation. We already began translating "Clinical Competence Questionnaire" in sequence we will do a validation of the questionnaire which will be used as a dissertation of the Nursing master's degree and in the Pos Graduation Program of the federal University of Parana, Curitiba, Brazil. We will be developing this study during the year of 2015.

Thank you,

Carina Bortolato Major

Dra Maria de Fátima Mantovani - Professor at Nursing Department and Nursing Postgraduate Program

----- Mensagem encaminhada -----

De: **ChingYu** <chingyuus@gmail.com>

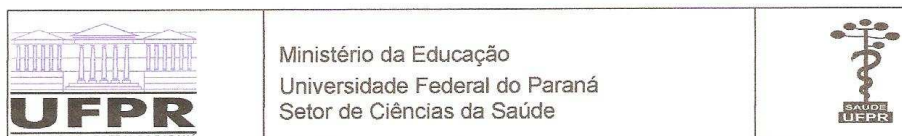
Data: sábado, 14 de fevereiro de 2015

Assunto: I have read your publication "Developing and validating the Clinical Competence Questionnaire..."

Thank you for letting me know how you are going to use the CCQ and congratulations on your positive progress in your research.

Best regards, Chingyu

Apêndice 2 – Autorização das Instituições para o pré-teste



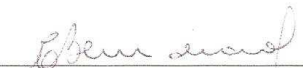
Senhora Coordenadora
Prof^ª Dr^ª Ida Cristina Gubert

Declaramos que nós da Universidade Federal do Paraná, do Departamento de graduação em Enfermagem, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa **“Tradução e adaptação transcultural de um questionário de competências clínicas”**, sob a responsabilidade da mestranda Danielle Ritter Kwiatkoski, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em maio de 2016.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão estudantes concluintes da graduação em enfermagem, bem como de que o presente trabalho deve seguir a resolução 466/ 2012 do CNS e complementares.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Elizabeth Bernardino
Coordenadora do Curso de Enfermagem
Universidade Federal do Paraná

Apêndice 3 – Autorização das Instituições para o pré-teste



Departamento de Enfermagem
Graduação em Enfermagem

Senhora Coordenadora
Prof^ª Dr^ª Ida Cristina Gubert

Declaramos que nós da UNIBRASIL - Centro Universitário Autônomo do Brasil, do Departamento de Graduação em Enfermagem, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “**Tradução e adaptação transcultural de um questionário de competências clínicas**”, sob a responsabilidade da mestranda Danielle Ritter Kwiatkoski, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em maio de 2016.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão estudantes concluintes da graduação em enfermagem, bem como de que o presente trabalho deve seguir a resolução 466/ 2012 do CNS e complementares.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Prof^ª. Msc. Angelita Visentin
Coordenadora do Curso de Enfermagem

41 3361.4307

E-mail: enfermagem@unibrasil.com.br

Apêndice 4 – Mensagem de e-mail enviada aos Tradutores

Curitiba, __/__/____

Prezado (a) Sr (a).,

Meu nome é Danielle Ritter Kwiatkoski, sou mestranda do Curso de Pós Graduação da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e desenvolvo o projeto de pesquisa intitulado “**Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas**”, sob a orientação da professora Doutora Maria de Fátima Mantovani e co-orientação da professora Doutora Evani Marques Pereira.

Neste momento estamos iniciando o estudo que tem por objetivo traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de auto-avaliação de competência clínica para estudantes concluintes da graduação em enfermagem.

O instrumento é resultado de uma pesquisa intitulada “Desenvolvendo e validando o Questionário de Competência Clínica: Um instrumento de autoavaliação para graduandos bacharelados em enfermagem” desenvolvido e validado em Taiwan, por Shwu-Ru Liou e Ching-Yu Cheng e publicado no *Journal of Nursing Education and Practice* e está disponível no endereço eletrônico: <<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/2862/1994>>

Diante do interesse em pesquisar sobre este tema foi realizado contato via email com o autor correspondente do *Clinical Competence Questionnaire (CCQ)* no sentido de o mesmo ser traduzido e adaptado à realidade e ao idioma Português.

Dessa forma, após satisfeito este pedido estamos prosseguindo o estudo seguindo as recomendações para adaptação transcultural, segundo a literatura; portanto, solicitamos a sua participação no nosso estudo no **estágio I e II– tradução inicial-** inglês para o português e reunião de consenso.

Caso o sr (a) aceite em participar da pesquisa, o primeiro passo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é abrir o arquivo do questionário que será traduzido o *Clinical Competence Questionnaire (CCQ)* que estaremos encaminhando como anexo.

Agradecemos desde já sua disponibilidade e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!

Atenciosamente

Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Orientadora
Email: mfatimamantovani@ufpr.br
Fone: (41) 8502 7840

Mdª Danielle Ritter Kwiatkoski
Pesquisadora
Email: dani_kwk@yahoo.com.br
Fone: (42) 9971 3596

Prof. Dra. Evani Marques Pereira
Co-orientadora
Email: evanimarquesp@gmail.com Fone: (42) 9999 9312

Apêndice 5 – Mensagem de e-mail enviada aos Retrotradutores

Curitiba, ____/____/____

Prezado (a) Sr (a).,

Meu nome é Danielle Ritter Kwiatkoski, sou mestranda do Curso de Pós Graduação da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e desenvolvo o projeto de pesquisa intitulado **“Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas”**, sob a orientação da professora Doutora Maria de Fátima Mantovani e co-orientação da professora Doutora Evani Marques Pereira.

Neste momento estamos iniciando o **Estágio III** do nosso estudo que tem por objetivo traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de auto-avaliação de competência clínica para estudantes concluintes da graduação em enfermagem.

O instrumento é resultado de uma pesquisa intitulada “Desenvolvendo e validando o Questionário de Competência Clínica: Um instrumento de autoavaliação para graduandos bacharelados em enfermagem” desenvolvido e validado em Taiwan, por Shwu-Ru Liou e Ching-Yu Cheng e publicado no *Journal of Nursing Education and Practice* e está disponível no endereço eletrônico:<<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/2862/1994>>

Diante do interesse em pesquisar sobre este tema foi realizado contato via email com o autor correspondente do *Clinical Competence Questionnaire (CCQ)* no sentido de o mesmo ser traduzido e adaptado à realidade e ao idioma Português. A autora responsável autorizou a tradução e adaptação transcultural para língua portuguesa, no Brasil.

Dessa forma, solicitamos a sua participação no nosso estudo nesse **estágio III – realizando a retrotradução** - do português para o inglês. Caso o sr (a) aceite em participar da pesquisa, o primeiro passo, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é abrir o arquivo do questionário que será retrotraduzido o *Clinical Competence Questionnaire (CCQ)* que estaremos encaminhando como anexo.

Agradecemos desde já sua disponibilidade e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!

Atenciosamente

Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Orientadora
Email: mfatimamantovani@ufpr.br
Fone: (41) 8502 7840

Mdª Danielle Ritter Kwiatkoski
Pesquisadora
Email: dani_kwk@yahoo.com.br
Fone: (42) 9971 3596

Prof. Dra. Evani Marques Pereira
Co-orientadora Email: evanimarquesp@gmail.com

Apêndice 6 – Mensagem de *e-mail* enviada aos Especialistas

Assunto: **Convite para participação em reunião de Comitê de Especialistas**

Boa tarde

Prof.^a Dra. *****

Sou mestranda do 2º ano da UFPR, orientanda da Prof.^a Dra. Maria de Fátima Mantovani. Estamos trabalhando com um projeto de pesquisa intitulado **“Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas”**.

O instrumento é resultado de uma pesquisa intitulada *“Desenvolvendo e validando o Questionário de Competências Clínicas: Um instrumento de autoavaliação para graduandos bacharelados em enfermagem”* desenvolvido e validado em Taiwan, por Shwu-Ru Liou e Ching-Yu Cheng que nos autorizaram a traduzí-lo e adaptá-lo à realidade e ao idioma Português.

Verificamos, que a senhora possui publicações e/ou projetos com a temática Competências em seu currículo nos últimos anos, após busca em bancos de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq), na Plataforma Lattes.

Assim, estamos convidando a Sra. para participar da próxima fase do nosso estudo na reunião do **Comitê de Especialistas**. Caso aceite enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura digital, demais informações e a data da reunião, que *possivelmente será na primeira semana de Novembro de 2015*.

Agradecemos desde já sua disponibilidade e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!

Apêndice 7 – Mensagem de *e-mail* enviada aos Juízes

Bom dia

Prof.^a Dra. ****

Sou a mestranda do 2º ano da UFPR, orientanda da Prof.^a Dra. Maria de Fátima Mantovani do projeto de pesquisa intitulado **“Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas”**.

Conforme contato recente, estamos convidando a Sra. para participar como *juiz* no nosso estudo – fase de avaliação das propriedades psicométricas, onde a Sra. irá avaliar a *validade de conteúdo* do instrumento.

Esta etapa avalia se todas as questões do domínio são representativas do universo de todas as questões que podem ser feitas sobre o assunto, isto é, permite verificar se o instrumento contém componentes e domínios relevantes relacionados ao fenômeno. É importante avaliar a relevância de cada item para o domínio e julgar se eles representam o conteúdo do domínio em questão. (Mamede; Prudêncio, 2015)

Assim, envio o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura digital, o instrumento na sua versão original *Clinical Competence Questionnaire*, a versão traduzida após consenso e a versão final do instrumento após o comitê de especialistas que foi utilizada no pré-teste.

Para facilitar a sua avaliação segue uma versão adaptada do instrumento para preenchimento.

Agradecemos desde já sua disponibilidade e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!

Apêndice 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Tradutores

Nós, Danielle Ritter Kwiatkoski, Maria de Fátima Mantovani e Evani Marques Pereira pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar de uma pesquisa intitulada “**Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas**”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem e sua participação será de fundamental importância.

- a) O objetivo desta pesquisa é traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de auto-avaliação de competência clínica para estudantes concluintes da graduação de enfermagem.
- b) Caso Sr (a) participe da pesquisa, será necessário traduzir o questionário do **inglês para o português**. Além da tradução, é necessária a sua assinatura digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e envio do mesmo as pesquisadoras. Além disso, é pertinente sua participação na reunião de consenso, na qual será aprovada a segunda versão do questionário retraduzido. Esta participação poderá ser presencial ou via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), como preferir. A impossibilidade de comparecer à reunião final não excluirá sua participação na pesquisa.
- c) Para reunião de consenso é importante seu comparecimento presencialmente ou via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), a qual ocorrerá na Av. Pref. Lothário Meissner, 3400 – Jardim Botânico, Curitiba – PR, no Bloco Didático II, terceiro andar, sala de vídeo conferência, por aproximadamente 1 hora.
- d) É possível que o Senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para traduzir o questionário ou com a reunião de consenso.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um questionário válido e confiável que possa auxiliar os docentes de enfermagem em relação a percepção das competências clínicas de estudantes concluintes da graduação em enfermagem; disponibilizar um instrumento confiável para as Instituições de Ensino Superior de Enfermagem avaliarem seus projetos políticos pedagógicos.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável _____
Orientadores _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- f) As pesquisadoras Danielle Ritter Kwiatkoski, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná e Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná poderão ser contatadas pelos telefones (42) 9971 3596 ou (41) 8501 2721, em Curitiba, das 13h30 às 17h de 2ª a 6ª feira, ou pelos emails dani_kwk@yahoo.com.br e mfatimamantovani@ufpr.br, responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3º andar- Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que possa ter e fornecer-lhes as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadoras do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa possíveis publicações científicas.
- i) As despesas necessárias para realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Curitiba, ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora

<p>Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br</p>

Apêndice 9 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Retrotradutores

Nós, Danielle Ritter Kwiatkoski, Maria de Fátima Mantovani e Evani Marques Pereira pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar de uma pesquisa intitulada “**Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas**”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem e sua participação será de fundamental importância.

- a) O objetivo desta pesquisa é traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de auto-avaliação de competência clínica para estudantes concluintes da graduação de enfermagem.
- b) Caso Sr (a) participe da pesquisa, será necessário retrotraduzir o questionário do **português para o inglês**. Além da tradução, é necessária a sua assinatura digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e envio do mesmo as pesquisadoras. Além disso, é pertinente sua participação na reunião de consenso, na qual será aprovada a segunda versão do questionário retraduzido. Esta participação poderá ser presencial ou via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), como preferir. A impossibilidade de comparecer à reunião final não excluirá sua participação na pesquisa.
- c) Para reunião de consenso é importante seu comparecimento presencialmente ou via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), a qual ocorrerá na Av. Pref. Lothário Meissner, 3400 – Jardim Botânico, Curitiba – PR, no Bloco Didático II, terceiro andar, sala de vídeo conferência, por aproximadamente 1 hora.
- d) É possível que o Senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para traduzir o questionário ou com a reunião de consenso.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um questionário válido e confiável que possa auxiliar os docentes de enfermagem em relação a percepção das competências clínicas de estudantes concluintes da graduação em enfermagem; disponibilizar um instrumento confiável para as Instituições de Ensino Superior de Enfermagem avaliarem seus projetos políticos pedagógicos.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável _____
Orientadores _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- f) As pesquisadoras Danielle Ritter Kwiatkoski, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná e Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná poderão ser contatadas pelos telefones (42) 9971 3596 ou (41) 8501 2721, em Curitiba, das 13h30 às 17h de 2ª a 6ª feira, ou pelos emails dani_kwk@yahoo.com.br e mfatimamantovani@ufpr.br, responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3º andar- Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que possa ter e fornecer-lhes as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadoras do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa possíveis publicações científicas.
- i) As despesas necessárias para realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Curitiba, ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice 10 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialistas

Nós, Danielle Ritter Kwiatkoski, Maria de Fátima Mantovani e Evani Marques Pereira pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar da pesquisa intitulada “**Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas**”.

- a) O objetivo desta pesquisa é traduzir e adaptar transculturalmente um instrumento de auto-avaliação de competências clínicas para estudantes concluintes da graduação de enfermagem.
- b) A sua participação nesta pesquisa será contribuir na reunião do **comitê de especialistas** com sugestões a respeito dos resultados do processo de tradução e retrotradução do questionário. Essas contribuições darão origem a versão do instrumento que será usada na próxima fase do estudo, o pré-teste. Sua participação poderá ser presencial ou via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), como preferir.
- c) A reunião ocorrerá na Av. Pref. Lothário Meissner, 3400 – Jardim Botânico, Curitiba – PR, no Bloco Didático II, terceiro andar, sala dois.
- d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um questionário válido e confiável que possa auxiliar os docentes de enfermagem em relação a percepção das competências clínicas de estudantes concluintes da graduação em enfermagem; disponibilizar um instrumento confiável para as Instituições de Ensino Superior de Enfermagem avaliarem seus projetos políticos pedagógicos.
- e) Alguns riscos relacionados a pesquisa podem ser: dificuldade de compreensão do questionário e do referencial utilizado para tradução e adaptação transcultural.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientadores _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- f) As pesquisadoras Danielle Ritter Kwiatkoski, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná e Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná poderão ser contatadas pelos telefones (42) 9971 3596 ou (41) 8501 2721, em Curitiba, das 13h30 às 17h de 2ª a 6ª feira, ou pelos emails dani_kwk@yahoo.com.br e mfatimamantovani@ufpr.br, responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Av. Pref. Lothário Meissner, 632 3º andar- Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que possa ter e fornecer-lhes as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa possíveis publicações científicas.
- i) As despesas necessárias para realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Curitiba, ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice 11 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes

Nós, Danielle Ritter Kwiatkoski, Maria de Fátima Mantovani e Evani Marques Pereira, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar da pesquisa intitulada **“Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas”**.

- a) O objetivo desta pesquisa é traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de autoavaliação de competência clínica para estudantes concluintes da graduação em enfermagem.
- b) Caso a Sra. participe da pesquisa, será necessária a avaliação do questionário de competências clínicas quanto a: legenda, instruções, itens 1-16 (comportamentos profissionais da enfermagem), 17-48 (habilidades e competências) e glossário, fase correspondente a validação do instrumento.
- c) É possível que a Sra. experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para avaliar o questionário.
- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: dificuldade de compreensão dos itens do questionário.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um questionário válido e confiável que possa auxiliar os docentes de enfermagem em relação a percepção das competências clínicas de estudantes concluintes da graduação em enfermagem; disponibilizar um instrumento confiável para as Instituições de Ensino Superior de Enfermagem avaliarem seus projetos políticos pedagógicos.
- f) As pesquisadoras Danielle Ritter Kwiatkoski, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná e Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná poderão ser contatadas pelos telefones (42) 9971 3596 ou (41) 8501 2721, em Curitiba, das 13h30 às 17h de 2ª a 6ª feira, ou pelos emails dani_kwk@yahoo.com.br e mfatimamantovani@ufpr.br, ou ainda no endereço Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3º andar- Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que possa ter e fornecer-lhes as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____
 Pesquisador Responsável _____
 Orientadores _____ Orientado _____

- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa possíveis publicações científicas.
- i) As despesas necessárias para realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Curitiba, ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice 12 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudantes

Nós, Danielle Ritter Kwiatkoski, Maria de Fátima Mantovani e Evani Marques Pereira, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a), a participar da pesquisa intitulada **“Tradução e Adaptação Transcultural de um Questionário de Competências Clínicas”**.

- k) O objetivo desta pesquisa é traduzir e adaptar transculturalmente um questionário de autoavaliação de competência clínica para estudantes concluintes da graduação em enfermagem.
- l) Caso você participe da pesquisa, será necessário o preenchimento do questionário de competências clínicas com duração de 30 a 60 minutos.
- m) É possível que experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tempo gasto para preencher o questionário.
- n) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: dificuldade de compreensão do questionário.
- o) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um questionário válido e confiável que possa auxiliar os docentes de enfermagem em relação a percepção das competências clínicas de estudantes concluintes da graduação em enfermagem; disponibilizar um instrumento confiável para as Instituições de Ensino Superior de Enfermagem avaliarem seus projetos políticos pedagógicos.
- p) As pesquisadoras Danielle Ritter Kwiatkoski, Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Paraná e Maria de Fátima Mantovani, Enfermeira, professora da Universidade Federal do Paraná poderão ser contatadas pelos telefones (42) 9971 3596 ou (41) 8501 2721, em Curitiba, das 13h30 às 17h de 2ª a 6ª feira, ou pelos emails dani_kwk@yahoo.com.br e mfatimamantovani@ufpr.br, ou ainda no endereço Avenida Prof. Lothário Meissner, 632 3º andar- Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que possa ter e fornecer-lhes as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientadores _____ Orientado _____

- q) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- r) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora principal e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa possíveis publicações científicas.
- s) As despesas necessárias para realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.
- t) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa)

Curitiba, ____/____/____

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice 13 – Clinical Competence Questionnaire (CCQ)
(versão original modificada)

	Means Do not have a clue	Is know in theory, but not confident at all in practice	Is know in theory, can perform some parts in practice	Is know in theory, competent in practice, need	Is know in theory, competent in practice without supervision
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Nursing professional behaviors:					
1. Following health and safety precautions	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to self	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to patients	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Preventing patients from problem occurrence	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Adhering to the regulation of patients' and families' confidentiality	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Demonstrating cultural competence	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Adhering to ethical and legal standards of practice	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Maintaining appropriate appearance, attire, and conduct	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Understanding patient rights	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Recognizing and maximizing opportunity for learning	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Applying appropriate measures and resources to solve problems	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Applying or accepting constructive criticism	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Applying critical thinking to patient cares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Communicating verbally with precise and appropriate terminology in a timely manner with patients and families	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Communicating verbally with precise and appropriate terminology in a timely manner with healthcare professionals	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Understanding and supporting group goals	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Skill competencies:					
17. Taking a history for new admissions	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Performing and documenting patient health assessment	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Answering questions for patients or families	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Educating patients or families with disease-related care knowledge	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Charting and documentation	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Developing care plan for patients	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Performing shift report	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Performing hygiene and daily care routines	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Providing rest and comfort measures	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Assessing nutrition and fluid balance	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Assessing elimination	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Assisting activities and mobility, and changing position	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Providing emotional and psychosocial support	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Performing venipuncture	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Starting intravenous injections	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Changing intravenous fluid bottle or bag	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Administering intravenous medications (or into intravenous bags)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Administering intramuscular medications	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Performing subcutaneous (or intracutaneous) injection	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Administering oral medications	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Administering blood transfusion	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Performing urinary catheter insertion and care	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Performing sterile techniques	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. Performing postural drainage and percussion, and oxygen therapy	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41. Performing preoperation/postoperation care	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42. Performing enema	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43. Performing upper airway suction	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44. Performing tracheotomy care	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45. Performing nasogastric tube feeding and care	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46. Performing chest tube care with underwater seal management	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47. Performing wound dressing care	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Apêndice 14 – Síntese dos resultados – Traduções

Versão original

	Means Do not have a clue (1)	Is know in theory, but not confident at all in practice (2)	Is know in theory, can perform some parts in practice (3)	Is know in theory, competent in practice, need supervision (4)	Is know in theory, competent in practice without supervision (5)
--	------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

Traduções

T1 PROF.					T2 PROF. ²					ANALISE
Significa que não tem a menor ideia (1)	E conhecido na teoria, mas não <i>está realmente confiante</i> na prática (2)	E conhecido na teoria, <i>e pode realizar algumas partes</i> na prática (3)	E conhecido na teoria, competente na prática, <i>mas precisa</i> supervisão (4)	E conhecido na teoria, competente na prática, <i>mas</i> sem supervisão (5)	Significa que não tem a menor ideia (1)	E conhecido na teoria, mas não <i>absolutamente seguro na prática</i> (2)	E conhecido na teoria, <i>pode Realização de, em parte</i> , na prática (3)	E conhecido na teoria, competente na prática, <i>necessita</i> supervisão. (4)	E conhecido na teoria, competente na prática, sem supervisão (5)	<p><i>Score 1</i> Não houve diferença</p> <p><i>Score 2</i> <i>está realmente confiante x absolutamente seguro na prática</i></p> <p><i>Score 3</i> <i>e pode realizar algumas partes x pode Realização de, em parte</i></p> <p><i>Score 4</i> <i>mas precisa x necessita</i></p> <p><i>Score 5</i> <i>mas sem supervisão x sem supervisão</i></p>

Apêndice 14 – Síntese dos resultados – Traduções (continuação)

Versão original

Nursing professional behaviors: 1. Following health and safety precautions 2. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to self 3. Taking appropriate measures to prevent or minimize risk of injury to patients 4. Preventing patients from problem occurrence 5. Adhering to the regulation of patients' and families' confidentiality 6. Demonstrating cultural competence 7. Adhering to ethical and legal standards of practice 8. Maintaining appropriate appearance, attire, and conduct

T1 PROF.	T2 PROF. ^a	ANALISE
Comportamentos profissionais de enfermagem:	Comportamentos profissionais da enfermagem:	de x da
1. Segue as precauções de saúde e segurança	1. Seguimento de precauções de saúde e segurança	Segue as x Seguimento de
2. Toma medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si mesmo	2. Adoção de medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si	Toma x Adoção de Si mesmo x si
3. Toma medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	3. Adoção de medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	Toma x Adoção de
4. Previne os pacientes da ocorrência de problemas	4. Prevenção de ocorrência de problemas para os pacientes	
5. Adere ao regulamento de confidencialidades de pacientes e famílias	5. Cumprimento de normas da confidencialidade dos pacientes e familiares	Adere ao regulamento de x Cumprimento de normas da de x dos
6. Demonstra competência cultural	6. Demonstração de competência cultural	Demonstra x Demonstração de
7. Adere aos padrões éticos e legais da prática do trabalho	7. Cumprimento de padrões éticos e legais da prática	Adere aos x Cumprimento de da prática do trabalho x da prática
8. Mantém a aparência, vestuário e conduta apropriados.	8. Preservação da aparência, vestuário e de condutas adequadas	Mantém x Preservação da Apropriados x adequadas

Apêndice 14 – Síntese dos resultados – Traduções (continuação)

+	Versão original
	9. Understanding patient rights 10. Recognizing and maximizing opportunity for learning 11. Applying appropriate measures and resources to solve problems 12. Applying or accepting constructive criticism 13. Applying critical thinking to patient cares 14. Communicating verbally with precise and appropriate terminology in a timely manner with patients and families 15. Communicating verbally with precise and appropriate terminology in a timely manner with healthcare professionals 16. Understanding and supporting group goals

T1 PROF.	T2 PROF. ^a	ANALISE
9. Compreende os direitos dos pacientes	9. Compreensão dos direitos dos pacientes	Compreende os x Compreensão dos
10. Reconhece e maximiza as oportunidades para a sua aprendizagem	10. Reconhecimento e maximização de oportunidade de aprendizagem	Reconhece e maximiza as x Reconhecimento e maximização de
11. Aplica medidas e recursos apropriados para resolver problemas	11. Aplicação de medidas e recursos apropriados para a solução de problemas	Aplica x Aplicação
12. Aplica ou aceita críticas construtivas	12. Aplicação ou aceitação de crítica construtiva	Aplica ou aceita x Aplicação ou aceitação
13. Aplica o pensamento crítico para o cuidado de pacientes	13. Aplicação do pensamento crítico ao cuidado do paciente	Comunica-se verbalmente x Comunicação verbal
14. Comunica-se verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	14. Comunicação verbal com terminologia precisa e apropriada em tempo oportuno com pacientes e familiares	Comunica-se x Comunicação verbal
15. Comunica-se verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	15. Comunicação verbal com terminologia precisa e apropriada em tempo oportuno com profissionais de saúde	Comunica-se x Comunicação verbal
16. Compreende e apoia os objetivos do grupo	16. Compreensão e apoio aos objetivos do grupo	Compreende e apoia x Compreensão e apoio

Apêndice 14 – Síntese dos resultados – Traduções (continuação)

Skill competencies: 17. Taking a history for new admissions 18. Performing and documenting patient health assessment 19. Answering questions for patients or families 20. Educating patients or families with disease-related care knowledge 21. Charting and documentation 22. Developing care plan for patients 23. Performing shift report 24. Performing hygiene and daily care routines 25. Providing rest and comfort measures 26. Assessing nutrition and fluid balance 27. Assessing elimination

T1 PROF.	T2 PROF.²	ANALISE
Competências e Habilidades:	Competências de habilidades:	e x de
17. Levanta o histórico dos pacientes para novos internamentos	17. Realização de histórico para novas admissões	Levanta x Realização novos internamentos x novas admissões
18. Executa e documenta a avaliação da saúde do paciente	18. Realização e documentação da avaliação da saúde do paciente	Executa e documenta x Realização e documentação
19. Responde a perguntas dos doentes ou familiares	19. Fornecimento de respostas a perguntas ao paciente e famílias	Responde a perguntas x Fornecimento de respostas
20. Educa os pacientes ou familiares com os conhecimentos de cuidados relacionados à doença	20. Educação pacientes ou famílias com conhecimento de cuidados relativos à doença	Educa x Educação com os conhecimentos x com conhecimento
21. Cria gráficos e documentações	21. Registro e documentação	
22. Desenvolve planos de cuidados para pacientes	22. Desenvolvimento de plano de cuidados para o paciente	Desenvolve x Desenvolvimento
23. Executa relatórios de turno	23. Realização de passagem de plantão	Desenvolve x Desenvolvimento
24. Executa a higiene e rotinas de cuidados diários	24. Realização de rotinas de higiene e cuidados diários	Executa x Realização
25. Proporciona o descanso e as medidas de conforto	25. Implantação de medidas para repouso e conforto	Proporciona x Implantação
26. Avalia a nutrição e o equilíbrio de fluidos	26. Avaliação da nutrição e balanço hídrico	Avalia x Avaliação equilíbrio de fluidos x balanço hídrico
27. Elimina avaliações	27. Avaliação da eliminação	Elimina avaliações x Avaliação da eliminação

Apêndice 14 – Síntese dos resultados – Traduções (continuação)

28. Assisting activities and mobility, and changing position 29. Providing emotional and psychosocial support 30. Performing venipuncture 31. Starting intravenous injections 32. Changing intravenous fluid bottle or bag 33. Administering intravenous medications (or into intravenous bags) 34. Administering intramuscular medications 35. Performing subcutaneous (or intracutaneous) injection 36. Administering oral medications 37. Administering blood transfusion 38. Performing urinary catheter insertion and care		
T1 PROF.	T2 PROF. ²	ANALISE
28. Auxilia nas atividades e na mobilidade, além da mudança de posição do paciente	28. Ajuda em atividades e mobilidade, e na mudança de posição	Auxilia x Ajuda
29. Proporciona apoio emocional e psicossocial	29. Fornecimento de apoio emocional e psicossocial	Proporciona x Fornecimento
30. Efetua punções venosas	30. Realização de venopunção.	Efetua punções venosas x Realização de venopunção.
31. Inicia injeções intravenosas	31. Iniciação de injeções intravenosas	Inicia x Iniciação
32. Troca o frasco ou a embalagem de líquido intravenoso	32. Realização de troca de frascos ou bolsas de solução intravenosa	Troca o frasco ou a embalagem de líquido intravenoso x Realização de troca de frascos ou bolsas de solução intravenosa
33. Administra medicamentos intravenosos (ou embalagens intravenosas)	33. Administração de medicações intravenosas (ou dentro de bolsas intravenosas)	Administra x Administração
34. Administra medicamentos por via intramuscular	34. Administração de medicações intramusculares	
35. Executa injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	35. Realização de injeção subcutânea (ou intradérmica)	Executa x Realização
36. Administra medicamentos orais	36. Administração de medicações via oral	Administra x Administração
37. Administra transfusões de sangue	37. Administração de transfusão sanguínea	Administra x Administração
38. Executa inserção do cateter urinário e seus cuidados	38. Realização de inserção de cateter urinário e cuidados	Executa x Realização

Apêndice 14 – Síntese dos resultados – Traduções (continuação)



39. Performing sterile techniques
 40. Performing postural drainage and percussion, and oxygen therapy
 41. Performing preoperation/postoperation care
 42. Performing enema
 43. Performing upper airway suction
 44. Performing tracheotomy care
 45. Performing nasogastric tube feeding and care
 46. Performing chest tube care with underwater seal management
 47. Performing wound dressing care

T1 PROF.	T2 PROF. ²	ANALISE
39. Executa técnicas de asepsia	39. Realização de técnicas estéreis	Executa x Realização Asepsia x estéreis
40. Executa drenagem e percussão postural, como também oxigenoterapia	40. Realização de drenagem postural e percussão, e oxigenoterapia	Executa x Realização
41. Utiliza rotinas de cuidados no pré e pós-operatório	41. Realização de cuidados pré-operatórios/pós-operatórios	Utiliza x Realização
42. Utiliza rotinas de cuidados na lavagem intestinal	42. Realização de enema	Utiliza rotinas de cuidados na lavagem intestinal x Realização de enema
43. Utiliza rotinas de cuidados na sucção das vias aéreas superiores	43. Realização de aspiração de vias aéreas superiores	Utiliza x Realização
44. Utiliza rotinas de cuidados na traqueotomia	44. Realização de cuidados com traqueostomia	Utiliza x Realização
45. Utiliza rotinas de cuidados na alimentação por sonda nasogástrica	45. Realização de alimentação por sonda nasogástrica e cuidados	Utiliza rotinas de cuidados na alimentação por sonda nasogástrica x Realização de alimentação por sonda nasogástrica e cuidados
46. Utiliza rotinas de cuidados no dreno torácico gerenciando selagem com água	46. Realização de cuidados com tubo torácico com manejo de selo d' água	Utiliza x Realização no dreno torácico gerenciando selagem com água x com tubo torácico com manejo de selo d' água
47. Utiliza rotinas de cuidados em curativos	47. Realização de cuidados com curativos	Utiliza x Realização

Apêndice 15 – Síntese dos resultados – Retrotradução

SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS RETROTRADUÇÕES

CLINICAL COMPETENCE QUESTIONNAIRE

Versão **TRADUZIDA (T1/T2)**

Significa que não tem a menor idéia (1)	E conhecido na teoria, mas não está totalmente seguro na prática (2)	E conhecido na teoria, e pode realizar em parte na prática (3)	E conhecido na teoria, competente na prática, mas precisa de supervisão (4)	E conhecido na teoria, competente na prática, sem supervisão (5)
--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

RETROTRADUÇÕES (R1/ R2)

R1 PROF. ^a					R2 PROF. ^a				
Means that don't have a clue of what it means (1)	It's known on theory, but it's not sure in practice (2)	It's known on theory, and may perform partially when in practice (3)	It's known on theory, competent in practice, but needs supervision (4)	It's known on theory, competent in practice, without supervision (5)	It means the professional has no knowledge about the procedure NOT AT ALL (1)	It means the professional knows the procedure in theory, but is not confident about its practice A LITTLE (2)	It means the professional knows the procedure in theory and can perform it partially SOMEWHAT (3)	It means the professional knows the procedure in theory, is competent in practice but needs supervision QUITE A BIT (4)	It means the professional knows the procedure in theory, is competent in doing it and does it without any supervision VERY (5)

OBS.: a sequência dos quadros segue modelo da tradução inicial.

Apêndice 16 – Síntese dos resultados – Comitê de Especialistas

O instrumento utiliza uma escala Likert de cinco pontos para medir o nível de competência clínica dos estudantes concluintes da graduação em enfermagem. A análise de todas as versões traduzidas e retrotraduzidas (T1, T2 (T 12), R1, R2 (R12)) para decisão deste Comitê estão resumidamente apresentadas nos quadros abaixo:

Versão original	Consenso após Tradução (versão final T1 e T2)	Consenso após Retrotradução (versão após R1 e R2)	Concordância do item	Discussão/Alterações/Justificativas	Decisão do Comitê de Especialistas
Means Do not have a clue (1)	Significa que não tem a menor idéia	Significa que não tenho a menor idéia	Não	(T2) sugeriu a possibilidade de retirar a palavra “Significa” para “Não tenho a menor idéia.” (R1) questionou se a frase sem a palavra “Significa” não ficaria com uma conotação indiferente como uma resposta de adolescente e sugeriu uma reformulação da frase para “Não sei o que significa” ou “Não tenho conhecimento sobre o procedimento”.	“Não tenho conhecimento sobre o procedimento” (1)
Is know in theory, but not confident at all in practice (2)	É conhecido na teoria, mas não está totalmente seguro na prática	Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática	Sim	Não houve	“Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática” (2)
Is know in theory, can perform some parts in practice (3)	É conhecido na teoria e pode realizar em parte na prática	Conheço na teoria e posso realizar em parte na prática	Sim	Não houve	“Conheço na teoria e posso realizar em parte na prática” (3)
Is know in theory, competent in practice, need supervision (4)	É conhecido na teoria, competente na prática, mas precisa de supervisão	Conheço na teoria, <u>sou competente</u> na prática, mas preciso de supervisão.	Não	(Mda) esclareceu que na versão para tradução faltava a palavra “supervision” na legenda neste item. (O): “Conheço na teoria, realizo na prática” a expressão “Realizo” dá o entendimento que o aluno tem competência para realizar na prática, porém não tem segurança. Sugestão de retirar a palavra “competente” porque conceitualmente é estranho dizer que é “competente”, mas precisa de supervisão.	“Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão” (4)
Is know in theory, competent in practice without supervision(5)	É conhecido na teoria, competente na prática, sem supervisão	Conheço na teoria, sou competente na prática, <u>sem supervisão.</u>	Não	(O): Sugeriu permanecer a palavra “competente” porque aqui o estudante não necessita de supervisão e alterar o final da frase para torná-la mais clara aos respondentes.	“Conheço na teoria, sou competente na prática e <u>não necessito de supervisão</u>”(5)

	Consenso após Tradução (versão final T1 e T2)	Consenso após Retrotradução (versão após R1 e R2)	Concordância do item	Discussão	Decisão do Comitê de Especialistas
Nursing professional behaviors: (1-16)	Comportamentos profissionais de enfermagem:	Comportamentos profissionais de enfermagem:	Sim	Não houve	Comportamentos profissionais de enfermagem:
Item 1. Follow health and safety precautions	Segue as precauções de saúde e segurança	Sigo as precauções de saúde e segurança	Sim	Não houve	Item 1. Sigo as precauções de saúde e segurança.
Item 2. Uses proper measures to prevent or minimize the risk of injury to self	Adota medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para si mesmo	Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para <u>si mesmo</u>	Sim (com alteração)	Sugestão: retirar a expressão “ <i>si mesmo</i> ” e alterar “ <i>para mim</i> ”.	Item 2. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para mim
Item 3. Use proper measures to prevent or minimize risk of injury to patients	Adota medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	Sim	Não houve	Item 3. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes
Item 4. Prevent the occurrence of problems to patients	Previne a ocorrência de problemas para os pacientes	Previno a ocorrência de <u>problemas para os pacientes</u>	Não (Item Alterado)	(T2) a tradução está correta. Mas problemas do quê? Considerado vago este item (problemas emocionais, administrativos, físicos?) (CO): sugeriu a palavra “acidentes” Sugestões: inclusão do termo “evento adverso”. (T2) explicou que a situação adversa é adversa a alguma coisa, é um prejuízo ao cuidado. Opções: <u>ao cuidado</u> do paciente x <u>no cuidado</u> do paciente	Item 4. Previno a ocorrência de eventos adversos ao cuidado do paciente
5. Adhering to the regulation of patients' and families' confidentiality	Cumpe as normas de confidencialidades de pacientes e familiares	Cumpro as normas de confidencialidades de pacientes e familiares	Sim com alteração	(T2) Este item 5 deve estar relacionado ao fato que lá nos Estados Unidos o Hospital deve ter o seu próprio regulamento. (R2) afirmou que eles têm. Que existe um Código de Conduta e que os funcionários precisam fazer para uma prova (com questões de uso de informações do paciente, conduta de vestimenta, confidencialidade) para entrar	Item 5. Cumpro aos princípios éticos de sigilo e confidencialidade de pacientes e familiares

				trabalhar nos hospitais e acertar 90% da prova, que esta questão é muito clara para eles, ela teve esta experiência e teve que fazer esta prova. (R1) Sigilo x confidencialidade, são palavras diferentes, mas será que se incluíssemos esta palavra não tornaria o item mais claro, será que se o aluno lesse “sigilo” não teria uma compreensão mais rápida do item? (T2) sugestão de dicionário de termos	
Item 6. Demonstrate cultural competence	Demonstra competência cultural	<u>Demonstro competência cultural</u>	Não (Item alterado)	(O) Será feito um adendo. (O) Discutiu-se que a competência cultural seria o mesmo de respeitar as diversas culturas? (T2) Experiência com evento de cultura. Para ela cultura é uma coisa muito ampla. (O) Opção pela alteração da versão traduzida, uma vez que não há clareza na expressão em nosso idioma. (O) sugeri o termo “diversidade” relacionando a vários tipos de conhecimento, sou competente para respeitar as diversas culturas do indivíduo branco com sua cultura, do negro com a cultura dele, etc. E na dissertação será justificada a alteração do item, pois trata-se de um trabalho de adaptação cultural e esse item não foi possível manter devido ao entendimento no nosso idioma.	Item 6. Respeito a *diversidade cultural
Item 7. Follow ethical and legal professional standards	Adere aos padrões éticos e legais da prática profissional	Sigo aos <u>padrões</u> éticos e legais da prática profissional	Sim (com alteração)	Sugestão: substituir “padrões” para “princípios”.	Item 7. Sigo aos princípios éticos e legais da prática profissional
Item 8. Keep proper appearance, dress and conduct code	Mantém a aparência, vestuário e conduta adequados	Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados	Sim	Não houve	Item 8. Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados

Item 9. Understand patients rights	Compreende os direitos dos pacientes	Compreendo os direitos dos pacientes	Sim	Não houve	Item 9. Compreendo os direitos dos pacientes
Item 10. Recognize and maximize learning opportunities	Reconhece e maximiza as oportunidades de aprendizagem	Reconheço e maximizo as oportunidades de aprendizagem	Sim	Não houve	Item 10. Reconheço e maximizo as oportunidades de aprendizagem
Item 11. Apply proper measures and resources to solve problems	Aplica medidas e recursos apropriados para resolver problemas	Aplico medidas e recursos apropriados para resolver problemas	Sim (com alteração)	(T2)/(O) Sugestão: incluir as palavras “do paciente”.	Item 11. Aplico medidas e recursos apropriados para resolver problemas do paciente
Item 12. Apply or accept constructive criticism	Aplica ou aceita críticas construtivas	Aplico ou aceito críticas construtivas	Sim	Não houve	Item 12. Aplico ou aceito críticas construtivas
Item 13. Apply critical thinking to patients care	Aplica o pensamento crítico para o cuidado de pacientes	Aplico o pensamento crítico para o cuidado de pacientes	Sim	Não houve	Item 13. Aplico o pensamento crítico para o cuidado de pacientes
Item 14. Communicate verbally with precise and adequate terminology (vocabulary) and in a timely manner with patients and family (family member)	Comunica-se verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	Sim	Não houve	Item 14. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares
Item 15. Communicate verbally with precise terminology in a timely manner with health professionals	Comunica-se verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	Sim	Não houve	Item 15. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde
Item 16. Comprehend and support team goals	Compreende e apoia os objetivos do grupo	Compreendo e apoio os objetivos da equipe	Sim com alteração.	(O) equipe. É assim que entendemos. (T2) sugestão: incluir “de profissionais”	Item 16. Compreendo e apoio os objetivos da equipe de profissionais
Competences/skills (17-48)	Competências/Habilidades	Competências/Habilidades			Competências/Habilidades

Item 17. Gather data to nursing documentation for new admissions	Levanta os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões	Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões	Sim	Não houve	Item 17. Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões
Item 18. Perform and register patient health evaluation	Executa e documenta a avaliação da saúde do paciente	Executo e documento a avaliação da saúde do paciente	Sim	Não houve	Item 18. Executo e documento a avaliação da saúde do paciente
Item 19. Answer questions from patients family	Responde a perguntas dos doentes e familiares	Respondo a perguntas dos <u>doentes e</u> familiares	Sim	(T2) Perguntou se será mantida a palavra “doente” ou “paciente”, porque estavam aparecendo as duas formas. (O) justificou que a tradução foi feita exatamente como estava escrita no original e neste, estavam as duas formas. Optou-se pela palavra “paciente” ao invés de “doente” em todos os itens do questionário. E foi incluído e/ou.	Item 19. Respondo a perguntas dos <u>pacientes e/ou</u> familiares
Item 20. Orient patients or family with knowledge related to disease care	Educa pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença	Oriento pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença		Não houve	Item 20. Oriento pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença
Item 21. Register and document	Registra e documenta	Registro e documento		(T2): Seria registro e assino? (R1) Para mim são sinônimos. <i>Charting</i> “preencher formulários” (O) seria realizar registros de documentos e assino. (O) Documentar é registrar? (R2) Preencho e documento formulários, seria uma opção. (T2) Buscou em dicionário. Sugeri: a palavra checar. Registro e checo documentações; uma opção; Registro, documento e checo. Segunda opção. (R1) Realizo registro, documentação e checagem. Terceira opção e consenso de todos.	Item 21. Realizo registro, documentação e checagem
Item 22. Develop patient care plan	Desenvolve plano de cuidados para pacientes	Desenvolvo plano de cuidados para pacientes	Sim	Não houve	Item 22. Desenvolvo plano de cuidados para os pacientes
Item 23. Perform shift	Realiza passagem de	Realizo passagem de	Sim	Não houve	Item 23. Realizo

records	plantão	plantão			passagem de plantão
Item 24. Perform hygiene and daily care routines	Realiza higiene e rotinas de cuidados diários	Realizo higiene e rotinas de cuidados diários	Sim	Não houve	Item 24. Realizo higiene e rotinas de cuidados diários
Item 25. Provide rest and comfort measures	Providencia medidas para descanso e conforto	Providencio medidas para descanso e conforto	Sim	Não houve	Item 25. Providencio medidas para descanso e conforto
Item 26. Evaluate nutrition and hydric balance	Avalia a nutrição e balanço hídrico	Avalio a nutrição e balanço hídrico	Sim	Não houve	Item 26. Avalio a nutrição e balanço hídrico
Item 27. Evaluate eliminations	Avalia eliminações	Avalio eliminações	Sim	Não houve	Item 27. Avalio eliminações
Item 28. Help in activities, mobility and change patient position	Auxilia em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente	Auxilio em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente	Sim	Não houve	Item 28. Auxilio em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente
Item 29. Provide emotional and psychosocial support	Provê apoio emocional e psicossocial	Providencio apoio emocional e psicossocial	Sim	Não houve	Item 29. Providencio apoio emocional e psicossocial
Item 30. Perform venipuncture	Realiza venopunção	Realizo venopunção	Sim (com alteração)	(O) Sugeriu: de inverter a ordem do item, passa a ser o item 31 para dar uma seqüência mais lógica para o entendimento e raciocínio do aluno (T2). (CO): também sugeriu inverter a ordem.	Item 30. Realizo *procedimentos para administração de medicação
Item 31. Initiate intravenous injections	Inicia administração injeção intravenosa	Inicio administração injeção intravenosa	Sim com alteração	(Mda) Expôs que os itens a seguir 31 e 32 foram às grandes discussões até o momento do processo e pensou-se se não seria possível a união dos itens relacionados a administração, pois parecem se tratar do mesmo procedimento. (T2) Nos vídeos que demonstram o procedimento eles estão fazendo a punção e iniciando a infusão no mesmo momento. (CO) No seu entendimento é o inicio do preparo da medicação, depois a punção e depois a administração. (R2) Contribuiu dizendo que levou a discussão para o seu grupo de pesquisa e conversou com	Item 31. Realizo venopunção

				<p>profissionais que atuam em UTI (pessoal da prática) e eles a convenceram de que são coisas diferentes. Porque uma coisa é iniciar a administração, preparou e vai iniciar; outra coisa é calcular gotejamento e fazer monitorização daquela via, trocar bolsa. Isso tudo requer conhecimentos, habilidades e atitudes diferentes de só iniciar. Eu posso iniciar, mas preciso saber gerenciar tudo isso.</p> <p>(R2) Item 33. É diferente também. Exemplo, eu posso simplesmente diluir um medicamento para correr em 100 ml e correr, mas não significa puncionar, trocar bolsa, cuidar para não contaminar. São coisas distintas.</p> <p>(O) Acho que o maior problema é o 31. Porque ele fala <i>“Inicia injeções intravenosas”</i>.</p> <p>Nós já discutimos isso, para iniciar uma injeção intravenosa o que é preciso? Eu preciso ler prescrição, diluir o medicamento. Inicia é o que nós conversamos e envolve: eu vou ler a prescrição, eu vou diluir o medicamento, não é instalar. Então eu não poderia por <i>“realizo procedimentos para administração de medicação”</i> (11 certos da medicação).</p> <p>(T2) O termo instalar x iniciar. Instalo dispositivos para funções intravenosas. Isso seria realizar venopunção.</p> <p>(R2) Ok. Eu acho que seria melhor. Daí explica o processo de medicamentos como um todo.</p> <p>(T2) Daí serviria para os demais itens relacionados a medicação (intramuscular, intradérmica, oral).</p> <p>(O) Também sugeriu: inverter a ordem dos itens 30 e 31.</p> <p>(T2) Vai dar uma sequência mais lógica para o entendimento do aluno.</p>	
Item 32. Perform the change of bottles or bags of intravenous solutions	Realiza a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa	Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa	Sim	Não houve.	Item 32. Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa

Item 33. Administer intravenous medications or intravenous solution bags	Administra medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	Sim	Discutido no item 31.	Item 33. Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa
Item 34. Administer intramuscular medication	Administra medicamentos por via intramuscular	Administro medicamentos por via intramuscular		Não houve.	Item 34. Administro medicamentos por via intramuscular
Item 35. Administer subcutaneous or intradermic injections	Administra injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)		Não houve.	Item 35. Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)
Item 36. Administer oral medications	Administra medicamentos orais	Administro medicamentos orais		Não houve.	Item 36. Administro medicamentos orais
Item 37. Administer blood transfusions	Administra transfusões de sangue	Administro transfusões de sangue	Sim (com alteração)	(T2) sugestão: incluir “e derivados” (O): sim, poderíamos por derivados.	Item 37. Administro transfusões de sangue e derivados
Item 38. Performing urinary catheter insertion and care	Realiza a inserção de cateter urinário e seus cuidados	Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados	Sim	Não houve.	Item 38. Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados
Item 39. Perform sterile techniques	Realiza técnicas assépticas	Realizo técnicas assépticas	Não (item alterado)	(T2) Item 39. Gostaria de rever. Realizo técnicas assépticas? (O) Executo? Acho que seria executo não? (T2) As técnicas assépticas são todas, mas realizar uma técnica de modo asséptico? T2 para O: são situações diferentes. (E) Sugeriu: realizo técnicas de cuidado de forma asséptica. (O) Não seria uma afirmação de forma estranha. Talvez (O/E) “Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado”.	Item 39. Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado
Item 40. Perform oxygen therapy, postural drainage and percussion	Realiza oxigenoterapia, drenagem postural e percussão	Realizo oxigenoterapia, drenagem postural e percussão	Não (item alterado)	(O) A questão da drenagem postural e percussão. A gente não faz mais, mas lá em Taiwan eles fazem. (R2) Sugeriu retirar o item, tendo em vista, que é um processo de adaptação transcultural. E o	Item 40. Realizo oxigenoterapia

				procedimento não faz mais parte do rol de ações da enfermagem. (T2) Perguntou aonde não tem fisioterapeuta. (O) A Enfermeira continua fazendo. (R2) Pode ser que tenha lugar que ainda façam. Acho que poderíamos separar. Será que não? (O) Sim. Podemos separar. Ficará muito melhor.	
Item 41. Perform postural drainage and percussion	-	-	Não (item alterado)		Item 41. Realizo drenagem postural e percussão
42. Perform pre and post surgery care	Realiza cuidados pré-operatório e pós-operatório	Realizo cuidados pré-operatório e pós-operatório	Sim (com alteração)	(T2) sugestão: “pré-operatórios” e “pós-operatórios”.	Item 42. Realizo cuidados pré-operatórios e pós-operatórios
43. Perform enema	Realiza enema	Realizo enema	Sim (com alteração)	(O): Perguntou se chamamos somente de enema mesmo? (T2) Algumas maternidades ainda utilizam o termo lavagem intestinal. Depende da tecnologia/recurso que o local está usando. (R2) São procedimentos diferentes, ações diferentes.	Item 43. Realizo enema / lavagem intestinal
44. Perform upper airway suction	Realiza aspiração de vias aéreas superiores	Realizo aspiração de vias aéreas superiores	Sim	Não houve.	Item 44. Realizo aspiração de vias aéreas superiores
Item 45. Perform tracheostomy care	Realiza cuidados com traqueostomia	Realizo cuidados com traqueostomia	Sim	Não houve.	Item 45. Realizo cuidados com traqueostomia
Item 46. Perform nasogástrica feeding and care	Realiza cuidados de alimentação por sonda nasogástrica	Realizo cuidados de alimentação por sonda nasogástrica	Sim (com alteração)	(E) “No item: Cuidados de alimentação por sonda nasogástrica”. Incluir sonda nasoenteral. Deixar mais abrangente. (O) Realizo cuidados com... “administração de medicamentos e alimentação enteral”. (T2) Se eu fosse fazer usaria “instalo”, pois é uma técnica muito importante da Enfermagem.	Item 46. Realizo cuidados com administração de medicamentos e alimentação enteral
Item 47. Perform chest tube care with underwater seal	Realiza cuidados com drenagem torácica em selo d'água	Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água	Sim	Não houve.	Item 47. Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água
Item 48. Perform wound dressing care	Realiza cuidados com curativos	Realizo cuidados com curativos	Sim	Não houve.	Item 48. Realizo cuidados com curativos

Apêndice 17 – Questionário Competências Clínicas (QCC) – versão pré-teste

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA CLÍNICA (QCC)

Prezado (a) estudante

O QCC é um tipo de escala de auto-avaliação sobre competências clínicas, cujas respostas variam de 1 a 5 conforme demonstrado abaixo:

“Não tenho conhecimento sobre o procedimento” (1)	Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática. (2)	Conheço na teoria e posso realizar em partes na prática. (3)	Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão. (4)	Conheço na teoria, sou competente na prática e não necessito de supervisão. (5)
----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

Instruções:

3. Responda ao questionário de acordo com o número que você considera o mais apropriado ao seu nível de competência clínica, marcando um X em cima do número escolhido.
4. Após sua autoavaliação, por gentileza, avalie cada item do questionário em relação a ele ser adequado ou não nesse instrumento. Registre seus comentários e sugestões, pois serão muito importantes. Se necessário utilize a folha em branco colocando o número do item com a sugestão.

Comportamentos profissionais da enfermagem:						Item adequado ao questionário () Sim () Não Se não, por quê?
1. Sigo as precauções de saúde e segurança	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
2. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de lesões para mim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
3. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de prejuízo para os pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
4. Previno a ocorrência de *eventos adversos ao cuidado do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
5. Cumpro aos princípios éticos de sigilo e confidencialidade de pacientes e familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
6. Respeito a *diversidade cultural	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
7. Sigo aos princípios éticos e legais da prática profissional	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
8. Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
9. Compreendo os direitos dos pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
10. Reconheço e maximizo as oportunidades de aprendizagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
11. Aplico medidas e recursos apropriados para resolver problemas do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
12. Aplico ou aceito críticas construtivas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não

<p>“Não tenho conhecimento sobre o procedimento”</p> <p>(1)</p>	<p>Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática.</p> <p>(2)</p>	<p>Conheço na teoria e posso realizar em partes na prática.</p> <p>(3)</p>	<p>Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão.</p> <p>(4)</p>	<p>Conheço na teoria, sou competente na prática e não necessito de supervisão.</p> <p>(5)</p>	
13. Aplico o pensamento crítico para o cuidado de pacientes	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
14. Comunico--me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
15. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
16. Compreendo e apoio os objetivos da equipe de profissionais	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
Competências/Habilidades:					Item adequado ao questionário () Sim () Não Se não, por quê?
17. Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
18. Executo e documento a avaliação da saúde do paciente	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
19. Respondo a perguntas dos pacientes e/ou familiares	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
20. Oriento pacientes ou familiares com conhecimento de cuidados relacionados à doença	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
21. Realizo registro, documentação e checagem	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
22. Desenvolvo plano de cuidados para os pacientes	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
23. Realizo passagem de plantão	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
24. Realizo higiene e rotinas de cuidados diários	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
25. Providencio medidas para descanso e conforto	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
26. Avalio a nutrição e balanço hídrico	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
27. Avalio eliminações	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
28. Auxilio em atividades, mobilidade e na mudança de posição do paciente	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não
29. Providencio apoio emocional e psicossocial	(1)	(2)	(3)	(4) (5)	() Sim () não

“Não tenho conhecimento sobre o procedimento” (1)	Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática. (2)	Conheço na teoria e posso realizar em partes na prática. (3)	Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão. (4)	Conheço na teoria, sou competente na prática e não necessito de supervisão. (5)
--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

30. Realizo *procedimentos para administração de medicação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
31. Realizo venopunção	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
32. Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
33. Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
34. Administro medicamentos por via intramuscular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
35. Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
36. Administro medicamentos orais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
37. Administro transfusões de sangue e derivados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
38. Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
39. Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
40. Realizo oxigenoterapia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
41. Realizo drenagem postural e percussão	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
42. Realizo cuidados pré-operatórios e pós-operatórios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
43. Realizo enema / lavagem intestinal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
44. Realizo aspiração de vias aéreas superiores	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
45. Realizo cuidados com traqueostomia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
46. Realizo cuidados com administração de medicamentos e alimentação enteral	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
47. Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não
48. Realizo cuidados com curativos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	() Sim () não

Apêndice 18 – Questionário Competências Clínicas (QCC) – versão final

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA CLÍNICA (QCC)

Prezado (a) estudante

O QCC é um tipo de escala de auto-avaliação sobre competências clínicas, cujas respostas variam de 1 a 5 conforme demonstrado abaixo:

Não tenho conhecimento sobre o procedimento (1)	Conheço na teoria, mas não estou totalmente seguro na prática. (2)	Conheço na teoria e posso realizar em partes na prática. (3)	Conheço na teoria, realizo na prática, mas preciso de supervisão. (4)	Conheço na teoria, sou competente na prática e não necessito de supervisão. (5)
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Instruções:

1. Responda ao questionário de acordo com o número que você considera o mais apropriado ao seu nível de competência clínica, marcando um X em cima do número escolhido.

Comportamentos profissionais da enfermagem:					
1. Sigo as precauções de saúde e segurança	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar o risco de danos para mim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Adoto medidas adequadas para prevenir ou minimizar riscos de prejuízo para os pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Previno a ocorrência de *eventos adversos ao cuidar do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Cumpro aos princípios éticos de sigilo e confidencialidade de pacientes e familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Demonstro competência ao respeitar a diversidade cultural	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Sigo aos princípios éticos e legais da prática profissional	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Mantenho a aparência, vestuário e conduta adequados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Compreendo os direitos dos pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Reconheço e maximizo as oportunidades de aprendizagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Aplico medidas e recursos apropriados para a resolução de problemas do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Aplico ou aceito críticas construtivas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Aplico o pensamento crítico ao cuidar de pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada e em tempo oportuno com pacientes e familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Comunico-me verbalmente com terminologia precisa e adequada em tempo oportuno com os profissionais da área da saúde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Compreendo e apoio os objetivos da equipe de profissionais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Competências/Habilidades:					
17. Levanto os dados para o histórico de enfermagem para novas admissões	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Executo e documento a avaliação da saúde do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Respondo a perguntas dos pacientes e/ou familiares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Oriento pacientes ou familiares com conhecimento sobre os cuidados relacionados à doença	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Realizo registro, documentação e checagem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Desenvolvo plano de cuidados para os pacientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

23. Realizo passagem de plantão	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Realizo higiene e cuidados de rotina diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Providencio medidas para descanso e conforto	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Avalio a nutrição e balanço hídrico	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Avalio eliminações	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Auxilio atividades de mobilidade e mudança de posição do paciente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Providencio apoio emocional e psicossocial	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Realizo *procedimentos para administração de medicação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Realizo venopunção	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Realizo a troca de frasco ou bolsas de solução intravenosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Administro medicamentos intravenosos ou em bolsas de solução intravenosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Administro medicamentos por via intramuscular	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Administro injeções subcutâneas (ou intradérmicas)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Administro medicamentos orais	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Administro transfusões de sangue e derivados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Realizo a inserção de cateter urinário e seus cuidados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Cumpro aos princípios de assepsia na realização do cuidado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. Realizo oxigenoterapia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41. Realizo drenagem postural e percussão	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42. Realizo cuidados pré-operatórios e pós-operatórios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43. Realizo enema / lavagem intestinal	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44. Realizo aspiração de vias aéreas superiores	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45. Realizo cuidados com traqueostomia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46. Realizo cuidados com administração de medicamentos e alimentação enteral	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47. Realizo cuidados com drenagem torácica em selo d'água	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48. Realizo cuidados com curativos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Obs.: A pontuação total é de 48 a 240, com maior pontuação indicando maior nível de competência da enfermagem.					

GLOSSÁRIO

*Diversidade cultural

Refere-se aos diferentes costumes de uma sociedade, entre os quais podemos citar: vestimenta, culinária, manifestações religiosas, tradições, entre outros aspectos. Demonstração de respeito às diferentes culturas.

*Eventos adversos:

Incidentes que resultam em danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base do paciente.

*Procedimentos para administração de medicação:

Referem-se aos 11 certos na administração de medicação.

1. Paciente certo, 2. Medicação certa, 3. Via certa, 4. Dose certa, 5. Hora certa, 6. Anotação/registro da administração certa, 7. Orientação ao paciente certa, 8. Direito de recusar ao medicamento, 9. Compatibilidade medicamentosa, 10. Validade certa, 11. Aspecto da medicação certa.

REFERÊNCIAS

1. **Diversidade Cultural no Brasil.** Disponível em: <<http://www.mundoeducacao.com/geografia/diversidade-cultural-no-brasil.htm>> Acesso em 6/11/ 2015.
2. **Evento adverso.** Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação evento adverso. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/proqualis-ganha-p%C3%A1gina-sobre-eventos-adversos>> Acesso em: 6/11/15.
3. **Erros de medicação.** Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/fernandoamendola/erros-de-medicao-26494806>> Acesso em 6/11/2015.
4. BRASIL. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.** Ministério da Saúde, ANVISA. FIOCRUZ; FHEMIG. 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmwD8.pdf>> Acesso em 9/11/2015.